

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 89

LES
AUTO-MUTILATIONS
OCULAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Février 1908

PAR

Fortuné-Henri BELLION

Né à Pouancé (Maine-et-Loire), le 14 Septembre 1881

Examineurs de la Thèse :	{	MM. BADAL	professeur.	} <i>Président</i>	
		VILLAR	professeur.		
		CABANNES	agrégé		} <i>Juges</i>
		VENOT	agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 89

LES

AUTO-MUTILATIONS OCULAIRES

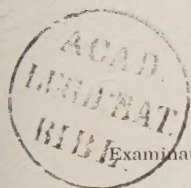
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Février 1908

PAR

Fortuné-Henri BELLION

Né à Pouancé (Maine-et-Loire), le 11 Septembre 1881



Examineurs de la Thèse :

{	MM. BADAL	professeur.	<i>Président</i>
	VILLAR	professeur.	{ <i>Juges</i>
	CABANNES	agrégé	
	VENOT	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire

PROFESSEURS :

MM. DUPUY.....		Professeurs honoraires.	
MASSE.....			
MM.		MM.	
Clinique interne.....	{ PICOT	Chimie.....	BLAREZ
	{ PITRES	Histoire naturelle.....	GUILLAUD
Clinique externe.....	{ DEMONS	Pharmacie.....	DUPOUY
	{ LANELONGUE	Matière médicale.....	DE NABIAS
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY	Médecine expérimentale.....	FERRÉ
Thérapeutique.....	ARNOZAN	Clinique ophtalmologi- que.....	BADAL
Médecine opératoire.....	VILLAR	Clinique chirurgicale infantile et Orthopé- die.....	DENUCÉ
Clinique d'accouche- ments.....	LEFOUR	Clinique gynécologique	BOURSIER
Anatomie pathologique	COÏNE	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS
Anatomie.....	GENTES (chargé)	Chimie biologique.....	DENIGES
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT	Physique pharmaceu- tique.....	SIGALAS
Physiologie.....	JOLYET	Pathologie exotique...	LE DANTEC
Hygiène.....	LAYET		
Médecine légale.....	L. LANDE		
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIE		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (Pathologie interne et Médecine légale.)

MM. MONGOUR	MM. ABADIE
CABANNES	CRUCHET
VERGER	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. BÉGOVIN	Accouchements {	MM. ANDÉRODIAS
	VENOT		PERY
	GUYOT		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
	CAVALIÉ	Histoire naturelle {	BEILLE
			MANDOUL

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH	Pharmacie.....	MM. BARTHE
			LABAT

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT
Accouchements.....	PERY
Physiologie.....	GAUTRELET
Ophtalmologie.....	LAGRANGE
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MON NEVEU

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ QUELQUE SYMPATHIE

A MES MAÎTRES
DES ÉCOLES DE MÉDECINE D'ANGERS ET DE NANTES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

AVANT-PROPOS

Avant de commencer notre modeste travail nous tenons à remercier ceux de nos maîtres qui ont bien voulu, pendant le cours de nos études, nous honorer de leur bienveillance et de leur amitié.

Nous conservons de notre séjour aux Ecoles d'Angers et de Nantes et à la Faculté de Bordeaux le meilleur souvenir et nous prions nos maîtres de nous excuser si nous nous bornons à leur adresser ici tous nos remerciements.

Nous devons des remerciements particuliers à M. le Dr Ch. Lafon, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux. Il nous a donné l'idée de ce travail et il a dirigé nos recherches avec sa compétence technique bien connue ;

A M. le Dr Charles Martin, qui voudra bien recevoir les hommages respectueux de son ancien élève ;

Au docteur Bernard, dont le grand talent a su nous épargner un immense chagrin.

Nous avons été bien touché de l'extrême bienveillance avec laquelle nous a accueilli M. le Professeur Badal, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de recevoir avec nos hommages respectueux l'expression de nos sentiments reconnaissants.

INTRODUCTION

Au cours de l'an dernier, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Badal un lypémanique qui, dans une crise de délire, avait essayé de se crever les deux yeux. C'est cette tentative qui nous a donné l'idée d'étudier, dans notre thèse inaugurale, les auto-mutilations oculaires.

Cette question des auto-mutilations oculaires relève de deux spécialités bien tranchées : la psychiatrie et l'ophtalmologie. Elle se ressent profondément de cette dualité ; aussi les observations et les travaux, encore peu nombreux, qui lui ont été consacrés, peuvent généralement se diviser en deux catégories, suivant qu'ils ont été publiés par des psychiatres ou des ophtalmologistes.

Les observations publiées par les psychiatres sont les moins nombreuses ; on les trouve naturellement dans des journaux de psychiatrie et leurs auteurs ne s'occupent que de l'état mental des malades ; ils ne prêtent aucune attention aux lésions oculaires produites, qui sont indiquées d'une manière très vague. Dans ce groupe, il n'existe qu'un seul travail d'ensemble, la thèse de Blondel (1906), qui a pour titre : *Les auto-mutilateurs, étude psycho-pathologique et médico-légale* ; dans cette étude, l'auteur consacre un chapitre aux auto-mutilations oculaires, qu'il propose de désigner sous le nom nouveau d'*ædipisme*. Il n'a eu connaissance que de six observations, qui, toutes, appartiennent au groupe psychiatrique, et, lui aussi, se contente d'analyser l'état

mental des malades; il laisse absolument de côté les lésions oculaires et leur mécanisme.

Au contraire, les observations publiées par les ophtalmologistes se trouvent dans les périodiques d'oculistique et elles ne portent que sur les lésions oculaires; l'état mental des malades est à peine mentionné et l'on ne s'occupe plus de l'évolution de la psychose. Ici les travaux sont plus nombreux : dès 1880, Berlin, dans son travail du *Handbuch* de Græfe-Sœmisch, étudiait le mécanisme des lésions. En 1890, Gillet de Grandmont porta la question devant la Société d'ophtalmologie de Paris et la discussion qui suivit conduisit de Wecker à faire des expériences sur le cadavre. Dans ce groupe, Dehn publie le premier article, en 1894, qui contient une observation personnelle et cinq autres déjà connues. Puis, en 1899, Axenfeld, qui analyse neuf cas antérieurs à lui, publie cinq observations nouvelles, dont une personnelle. Ces auteurs, naturellement, ne se sont occupés que des lésions oculaires et ils ont laissé dans l'ombre l'état mental des malades.

Pour bien montrer combien profonde est la séparation qui divise ces deux groupes de travaux, nous pouvons donner un exemple : n'ayant pu nous procurer le *Zeitschrift für Augenheilkunde*, pour lire l'article d'Axenfeld, nous avons dû en chercher des analyses et nous avons trouvé celles-ci dans les périodiques d'ophtalmologie. Mais nous n'en avons rencontré aucune trace dans les nombreux journaux français, allemands, anglais et italiens de psychiatrie que nous avons consultés. Il en est de même pour toutes les observations d'auto-mutilation oculaire et, sur cette question, on peut dire que psychiatres et ophtalmologistes s'ignorent complètement.

Dans un travail récent, Lafon a essayé de réagir contre cette fâcheuse tendance, en tenant également compte de l'état mental des malades et de leurs lésions oculaires. Nous essaierons de l'imiter et, dans les pages qui vont suivre, nous tâcherons de ne pas perdre de vue les deux côtés de la question.

L'auto-mutilation peut être individuelle ou collective ; nous laisserons de côté l'auto-mutilation oculaire collective, si tant est que cette forme existe ou ait existé. A côté de l'auto-mutilation individuelle proprement dite, on observe l'auto-mutilation indirecte, dans laquelle la mutilation est voulue par le patient, mais pratiquée par un tiers ; cette forme est extrêmement rare quand l'organe de la vision est en jeu ; nous aurons cependant l'occasion de l'étudier.

Blondel dit, au début de sa thèse : « Nous ne nous sommes même pas posé la question de savoir si les auto-mutilateurs étaient ou non des aliénés. L'auto-mutilation volontaire est une réaction manifestement anormale. Quand cette anomalie s'accompagne d'autres anomalies, comme c'est le cas le plus ordinaire, l'existence d'un trouble mental ne fait pas de doute et l'auto-mutilation ne passe plus que pour un de ses symptômes. Quand, au contraire, elle paraît isolée, il convient de ne pas oublier que le passé de l'auto-mutilateur ne nous est connu que par ses confidences et celles de ses proches, que l'avenir offrira à ses facultés intellectuelles et morales toutes les facilités pour manifester ce qu'elles sont et que, par conséquent, deux portes sont ouvertes, l'une à notre doute et l'autre à notre attente ». Nous partageons absolument l'opinion de Blondel, qui est, du reste, celle de la grande majorité des psychiatres : tous les auto-mutilateurs sont des anormaux. Néanmoins il existe des degrés dans l'altération de leur état mental : les uns sont des aliénés, sans qu'il puisse s'élever de contestation à ce sujet ; ils ne relèvent que de l'asile et, du reste, beaucoup sont déjà internés quand ils commettent leur mutilation. Les autres, au contraire, sont presque toujours des débiles, des dégénérés, des candidats à la folie ; mais au moment où ils se mutilent, ils ne sont point encore des aliénés et, au point de vue social, leur responsabilité persiste, quoique toujours atténuée. En outre, comme nous le verrons, les mobiles qui font agir les auto-mutilateurs diffèrent considérablement dans ces deux groupes. Ces considérations vont nous permettre de diviser notre travail en deux parties :

I. L'auto-mutilation oculaire chez les aliénés ;

II. L'auto-mutilation oculaire en dehors de l'aliénation mentale.

Après avoir rapporté les observations d'aliénés auto-mutilateurs que nous avons trouvées dans la littérature, nous étudierons l'état mental de ces malades et les lésions oculaires produites.

En dehors de l'aliénation mentale, nous étudierons l'auto-mutilation dans la légende, chez Œdipe et chez Démocrite. Enfin nous terminerons par l'analyse de l'auto-mutilation chez les contemporains, dans les deux catégories d'individus où elle s'observe : les ouvriers et les militaires.

PREMIÈRE PARTIE

L'auto-mutilation oculaire chez les aliénés

CHAPITRE I

Observations

Deux observations d'auto-mutilation oculaire chez des aliénés ne nous sont connues que par des allusions.

Tout d'abord, dans les *Annales médico-psychologiques* de 1867, il est fait allusion « à une hystérique qui poussait l'exagération de ses scrupules jusqu'à la folie et qui, après plusieurs tentatives de suicide, s'arracha les deux globes oculaires » ; aucune indication bibliographique.

En second lieu, Szigeti, dans sa communication sur un cas de suicide par extirpation du larynx, au Congrès international de médecine de 1900, rappelle que Falga (de Budapest) a vu un aliéné s'arracher les deux yeux de ses propres mains, mais il ne nous dit pas si le cas a été publié et ne donne aucune référence.

Nous avons reproduit les observations qui vont suivre dans l'ordre chronologique de leur publication, sans tenir compte de leur provenance.

OBSERVATION I (Traduction personnelle)

STELLWAG VON CARION, Die Ophtalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpunkte, 1833-1838, t. II)

J'ai observé le cas suivant : Un fou s'était arraché totalement de l'orbite le globe oculaire droit, au moyen du pouce enfoncé dans l'orbite à la manière tyrolienne, et l'avait jeté par terre. Le bulbe avait été extrait comme avec un bistouri et avait été enlevé de la capsule de Bonnet intacte. Tous ses muscles avaient été sectionnés nettement au niveau de leur tendon, au ras de la sclérotique. La guérison suivit rapidement, par suppuration et bourgeonnement.

OBSERVATION II (Traduction personnelle)

(WHITE COOPER, Wounds and injuries of the eye, 1839)

J'ai observé deux cas de véritable dislocation du globe oculaire.

Dans l'un, un jeune homme, dans un accès de folie, essaya d'arracher son œil et réussit à l'entraîner hors des paupières. Dans l'autre cas, les attaches du globe oculaire furent sérieusement lésées.

Chaque fois, le globe rentra en place, en donnant lieu à un petit ressaut, dès que les paupières furent suffisamment écartées. La vue ne fut lésée dans aucun de ces deux cas.

Cette observation est tellement succincte qu'il est difficile de dire si les deux malades dont parle l'auteur étaient atteints d'aliénation mentale : étant donné le sujet de l'ouvrage où sont consignés ces deux cas, il est probable que le second doit être considéré comme une luxation traumatique et accidentelle du globe oculaire ; il ne doit pas, par conséquent, entrer ici en ligne de compte.

OBSERVATION III (Traduction personnelle)

(IDELER, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin*, t. XXVII)

Une femme veuve, âgée de quarante-trois ans, s'arracha les deux yeux de leur orbite dans un accès de manie religieuse. Elle était placée

dans un asile rural. Quand on la trouva, avec le visage ensanglanté, elle tirait avec ses doigts des lambeaux de muscles oculaires qui sortaient entre les paupières tuméfiées; elle s'écria alors : « Mes yeux ne sont-ils pas encore arrachés ? » Elle avait arraché ses deux globes en les tordant avec ses seuls doigts; on les trouva sur le parquet. Cette blessure si terrible guérit sans provoquer le moindre symptôme cérébral.

OBSERVATION IV (Traduction personnelle)

(IDELER, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin*, t. XXVII)

Une fille, âgée d'environ trente-quatre ans, avait été séduite par son maître et avait mis au monde, quatre ans auparavant, un enfant qui mourut sept jours après. Depuis ce temps-là, la malheureuse était atteinte d'une agitation cérébrale progressive, d'hallucinations religieuses et de délire de la persécution. Cet état l'obligea à quitter sa place, et comme elle ne guérissait pas, on fut obligé de l'interner dans un asile d'aliénés urbain, à Berlin. Le 9 octobre 1869, vers cinq heures du matin, la surveillante trouva la malade avec le visage ensanglanté, qu'elle cachait dans ses mains; il y avait sur le sol une flaque de sang. Appelé, je la vis entourée de plusieurs gardiennes qui la maintenaient parce qu'elle voulait se mordre les doigts. En l'examinant, je constatai que le globe oculaire gauche avait complètement disparu et que de l'orbite vide pendaient des masses sanglantes : conjonctive, tissu cellulaire, pelotons adipeux. A droite existait une exophtalmie très prononcée. Certainement, la malade avait fait aussi de ce côté-là des tentatives d'énucléation, mais l'arrivée de la gardienne l'avait empêchée de mettre son projet à exécution. On ne trouva aucun instrument, aucune épingle à cheveux avec lequel elle aurait pu se faire cette terrible blessure. Cette grave lésion guérit en quinze jours, grâce à l'utilisation des antiphlogistiques, et l'exophtalmie droite ne tarda pas à se dissiper.

Questionnée sur les mobiles de son acte et sur son état d'esprit pendant la nuit du 8 au 9 octobre, la malade répondit qu'elle avait vu apparaître un homme de feu qui l'appelait : « Donne-moi tes oreilles, fends-toi la tête », disait-il. Auparavant, elle avait entendu la voix de Dieu.

Elle se frappa à plusieurs reprises la tête contre les murs, elle essaya de se déchirer les oreilles et décida de s'arracher les yeux. Dès les premiers essais qu'elle fit avec ses doigts, elle ressentit de terribles douleurs ; mais la voix l'exhorta à ne pas redouter la souffrance et à ne pas abandonner son projet. Elle prétend avoir alors perdu connaissance et elle ne peut expliquer comment elle a pu arracher complètement son œil gauche de l'orbite.

OBSERVATION V

(HOWDEN, *Journal of mental science*, 1882 ; in BLONDEL, Thèse de Paris 1903-1906).

Un femme d'ouvrier, âgée de vingt-six ans, est internée pour la première fois en mars 1853. On porte le diagnostic de manie aiguë. Ses antécédents héréditaires et familiaux sont chargés : son père est alcoolique ; sa mère est, à tous les points de vue, une débile qui sera internée en 1881, à l'âge de soixante-dix-huit ans, pour démence épileptique ; un ses frères, internés en 1854, s'est, depuis son admission, arraché un œil et mourra d'un ulcère de l'estomac ; une de ses sœurs sera internée en 1874, à l'âge de vingt-quatre ans. Elle-même a toujours été faible et se fatiguait facilement. Elle a eu deux enfants qu'elle n'est pas parvenue à nourrir et les suites de couches ont toujours été difficiles. Elle est malade depuis quelques jours ; elle s'imagine que Dieu lui ordonne de se mutiler. Elle essaye de s'arracher la langue et, malgré toutes les précautions prises, elle trouve le moyen de s'en couper un gros morceau avec les dents. Puis son état s'améliore et elle peut être rendue à sa famille en janvier 1857. En décembre 1867, après dix années d'une vie à peu près normale, au cours desquelles elle a eu encore deux grossesses, elle est admise de nouveau à l'asile pour manie et tendance au suicide. Son délire a un caractère religieux. Elle pense que Dieu lui ordonne de se brûler elle-même pour purifier son âme. Elle refuse toute nourriture : les aliments qu'on lui propose sont immondes et Dieu lui défend de les manger. Elle se met complètement nue, car Dieu lui en donne l'ordre. Elle tente à plusieurs reprises de s'arracher la langue. Elle est atteinte d'une constipation opiniâtre, qui ne cède qu'à un traitement énergique et prolongé. Elle prend alors un peu de nour-

riture, mais son estomac reste très irritable et elle vomit très facilement. En mars 1868, elle va beaucoup mieux et on peut la laisser sortir.

Elle rentre à l'asile en août 1868. Les troubles gastro-intestinaux sont toujours très accusés : elle vomit tout ce qu'elle prend, elle est très constipée, ses urines sont légèrement albumineuses. Elle continue à croire que la nourriture est immonde : Dieu lui a défendu de manger et même de toucher les animaux dont on lui sert la viande. Dieu lui a donné l'ordre de s'arracher la langue et de se détruire. Ses bras portent les traces de nombreuses blessures qui témoignent de ses multiples tentatives. Peu de temps après son admission, elle profite de la nuit pour s'introduire la main dans le vagin et le lacérer profondément. Le lendemain elle est calme et, l'après-midi, prend du thé de son propre mouvement. Elle se couche et dort jusqu'à minuit. L'infirmier remarque alors qu'elle est couchée sur le ventre et constate qu'elle s'est arraché les deux yeux : seul l'œil gauche a été amené complètement en dehors de l'orbite et sa perte est définitive. Pendant quelque temps elle reste très excitée et persiste dans ses tentatives d'auto-mutilation : sa préoccupation principale est de s'arracher la langue. Puis son état s'améliore ; elle se nourrit bien et travaille un peu, mais son délire persiste.

En 1869, à la suite d'une pleurésie, survient une ostéomalacie progressive, qui ne fut du reste diagnostiquée qu'à l'autopsie, malgré l'existence d'une remarquable hyperesthésie. De 1872 à 1877, date de sa mort, elle reste confinée au lit, se plaignant de douleurs multiples et poussant des cris chaque fois qu'on la touche ; la seule menace de la faire lever suffit à la jeter dans une vive agitation.

Remarquons que Howden fait allusion à un frère de la malade qui, interné, s'arracha un œil. Nous n'avons trouvé cette observation-là publiée nulle part.

OBSERVATION VI

(J. ADAM, *Journal of mental science*, 1883 ; in BLONDEL, Thèse de Paris 1903-1906)

Une femme, âgée de quarante-cinq ans, mariée, mère de famille, fut

internée à la suite de plusieurs tentatives de suicide. Elle est très délirante et son délire a un caractère religieux.

Une heure et demie après son admission, elle se crève l'œil droit et on doit la surveiller étroitement pour l'empêcher de se crever l'œil gauche. Elle refuse toute nourriture. Ces symptômes, tentatives d'énucléation, refus de nourriture, persistent pendant deux années, durant lesquelles elle essaye en outre de se mettre la tête dans le feu. Puis elle se remet à s'alimenter, mais elle a de nombreuses hallucinations, tant auditives que visuelles; elle entend des esprits et des voix.

Deux ans après, son état est encore le même: elle entend des voix qui lui donnent l'ordre de se mutiler, elle voit ses enfants dans le feu, pousse à cette vue des cris de terreur et essaye de se mettre la tête à côté d'eux. Elle est indigne de vivre, car elle est mauvaise; elle est une charge pour elle-même; la nourriture qu'on lui donne est empoisonnée. Peu à peu une relative amélioration se manifeste, car, si le délire subsiste, ses réactions sont moins vives et exigent moins de surveillance.

OBSERVATION VII

(MARTINENO, *Annales méd.-psych.*, 1884)

Une femme, dont les antécédents héréditaires et personnels sont négatifs, s'est mariée à vingt-deux ans et a eu de vingt-deux à trente et un ans trois enfants, à chacun desquels elle a donné le sein pendant au moins deux ans. A la suite du dernier sevrage, elle tombe dans un état d'apathie, de lassitude et de tristesse qui, avec le temps, ne fait que s'accroître. Une maladie du mari provoque le redoublement des symptômes; sa mélancolie est profonde, elle reste taciturne, en proie aux remords, aux idées noires, aux craintes non motivées; ses conversations et ses lectures portent de préférence sur les sujets les plus tristes. Elle en vient à désirer de se confesser et de mourir et sa santé générale commence à se troubler. Elle est dès lors, d'après les aveux qu'elle fit une fois guérie, en butte à des hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue; elle assiste à l'assassinat de ses enfants, entend leurs cris de douleur et croit que c'est elle qui les a tués; elle voit des figures qui la narguent et entend des voix qui lui reprochent son indignité.

Le soir du 1^{er} février 1884, elle s'enfuit à moitié déshabillée en criant : « Adieu » à son mari, qui court après elle et la trouve en train d'avaler une boîte de pilules d'opium. On la garde à vue.

Le 2 février, elle est plus calme, manifeste du repentir et se plaint de la surveillance dont elle est l'objet. Mais le soir elle s'échappe et veut se jeter à l'eau ; elle fait à ceux qui l'en empêchent une résistance désespérée.

Le 3 février, elle est au paroxysme de l'excitation, s'arme d'un compas de géomètre, grimpe sur le toit et se frappe le côté gauche à coups redoublés, sans manifester aucune douleur. Elle est immédiatement internée. A ce moment elle est calme, abattue, mais complètement délirante : elle s'accuse des plus grands crimes.

Le 5 février, sur les quatre heures du matin, elle entre brusquement dans un violent accès de délire et se plonge les doigts dans les orbites pour s'arracher les yeux. On se précipite pour la protéger contre elle-même, mais l'œil droit, amenant avec lui 25 millimètres du nerf optique enveloppé de sa gaine, a été arraché et jeté sur le lit voisin et on ne peut sauver que l'œil gauche qui est, du reste, lui-même complètement sorti de l'orbite. L'insensibilité est absolue. La malade reste absorbée dans son délire, dont les idées de culpabilité, d'indignité religieuse, de damnation forment les éléments essentiels. Secouée de sanglots, elle déclare ne plus vouloir voir ni son mari, ni ses enfants, dont elle est indigne et pour lesquels elle est un objet de répulsion et de honte éternelle. Puis elle se calme et son désespoir, pendant environ deux semaines, reste à peu près muet.

Le 20 février, une nouvelle crise éclate ; elle se débat rageusement dans sa camisole, et, faute de pouvoir faire mieux, se mord les lèvres avec fureur au point de les traverser de part en part.

Le 30, toutes ses plaies sont guéries et son état mental est meilleur : les hallucinations ont disparu, les idées de culpabilité et d'indignité se sont atténuées ; il subsiste un certain état de mélancolie et de torpeur cérébrale, mais il n'y a plus d'agitation. Dès lors, la situation s'améliore de jour en jour, et en juin, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION VIII (RÉSUMÉE)

(CROUIGNEAU, Bull. et Mém. de la Soc. de médecine pratique, 1887
et *Journal de médecine de Paris*, 1887)

Il s'agit d'une mélancolique qui avait déjà fait plusieurs tentatives d'auto-mutilation. Un jour, « elle saisit de sa main gauche le globe oculaire droit, l'arracha complètement, avec 3 centimètres de nerf optique, et le lança sous le lit voisin. Cela n'avait duré que quelques secondes ». En même temps, du côté gauche, la malade arracha le muscle droit inférieur.

L'observation de cette même malade fut publiée plus tard par Gillet de Grandmont, à la Société d'ophtalmologie de Paris, en 1890 (Comptes rendus de la Société et *Recueil d'ophtalmologie*, 1890).

OBSERVATION IX (Traduction personnelle)

(DEHN, *Archiv für Ophtalmologie*, 1894)

Une jeune fille, âgée de quinze ans, qui était née de parents en bonne santé et avait été jusqu'alors bien portante, tomba, à la suite de causes inexplicables, dans un état d'excitation maniaque. Elle se déshabillait tout le temps, criait et gesticulait pendant des heures entières. Quand elle fut plus tranquille, sa mère entr'ouvrit la porte de la chambre où on l'avait enfermée et la trouva le visage et les mains couverts de sang, avec les yeux arrachés. Le soir, un médecin appelé appliqua un pansement sur les yeux et ordonna son transport à la clinique, où on l'apporta le jour suivant, le 12 mai 1891. D'après des renseignements qui nous sont parvenus, il faut noter que quelques semaines après cet événement, la mère de notre malade fut elle-même atteinte d'un accès très violent de psychose aiguë, ce qui nécessita son internement dans un asile d'aliénés, d'où elle sortit guérie quelque temps après.

Chez la jeune fille, la psychose ne présenta aucune amélioration. Notons seulement que nous l'abandonnâmes à partir du 18 juin 1891 ;

depuis lors, d'après des renseignements précis, le trouble mental ne s'est modifiée d'aucune façon.

En ce qui concerne les yeux de notre malade, voici quel était leur état le 12 mai :

A gauche, les paupières sont fortement tuméfiées, ecchymotiques. Entre les paupières fait saillie, dans la moitié interne de la fente palpébrale, une masse sanguinolente, en forme de bourrelet; dans la moitié externe se trouve le globe oculaire complètement vidé, uniquement représenté par la cornée et la sclérotique et auquel pendent des lambeaux de conjonctive et de muscles. Le bulbe est déchiré au niveau de sa périphérie, dans ses segments supérieur et médian; on peut facilement introduire la pointe de l'index dans cette déchirure supérieure. La portion de la coque oculaire déchirée est retournée, de telle façon que l'on voit en avant la face profonde de la cornée.

A droite, il existe de même un fort gonflement avec infiltration sanguine des deux paupières. Entre celles-ci, fait saillie en dehors un bourrelet infiltré de sang, épais, long d'environ un 1/2 centimètre; en dedans, on voit le bulbe affaissé. Dans la partie supérieure de la sclérotique existent deux grandes ouvertures, qui laissent sortir du sang coagulé; ces trous, dans lesquels on peut facilement introduire un crayon, sont très rapprochés l'un de l'autre et ne sont séparés que par un pont étroit. La moitié supérieure de la conjonctive est détachée de la cornée, mais la moitié inférieure est encore adhérente à cette dernière.

Les deux globes oculaires furent énucléés et l'on réséqua aussi les bourrelets sanguinolents, qui étaient constitués par du tissu cellulo-graisseux orbitaire infiltré de sang; à droite seulement ce tissu était recouvert par des débris de conjonctive. Ces plaies suppuraient un peu et la guérison était achevée vers le quinzième jour.

Voici maintenant quel était l'état des globes oculaires aussitôt après leur énucléation :

Œil gauche : Dans ses quatre cinquièmes antérieurs, le globe oculaire n'est plus représenté que par la cornée et la sclérotique; il n'existe plus ni iris, ni corps ciliaire, ni choroïde, ni rétine, ni cristallin, ni trace du corps vitré; profondément, immédiatement autour du nerf optique, on voit un débris de choroïde. Extérieurement, tous les muscles et la

conjonctive, dans sa circonférence cornéo-scléroticale, sont irrégulièrement détachés. Le globe oculaire n'était plus attaché que par le nerf optique.

Œil droit : Outre les lésions scléroticales mentionnées plus haut, les muscles droit externe, droit supérieur et les deux obliques n'adhèrent à la sclérotique que par de longs lambeaux ; les autres muscles et le nerf optique sont encore unis au bulbe affaissé.

A la suite de cette observation vient une longue description des lésions histologiques que présentaient ces deux yeux énucléés ; nous n'avons pas cru utile de la reproduire ici.

OBSERVATION X (RÉSUMÉE)

(AXENFELD, *Zeitschrift für Augenheilkunde*, 1899)

Il s'agit d'une double luxation du globe, avec rupture des muscles droits et déchirures multiples de la conjonctive et des paupières ; les nerfs optiques avaient résisté et n'avaient subi aucune atteinte. Ces lésions furent produites par l'introduction des doigts dans l'orbite agissant comme levier et prenant leur point d'appui sur le rebord de l'orbite.

En plus de cette observation personnelle, Axenfeld publie quatre autres cas inédits qui lui ont été communiqués et qui n'offrent rien d'intéressant à retenir.

OBSERVATION XI (Traduction personnelle)

(COAGIN, *Archives of Ophthalmologie*, 1900)

14 novembre 1892. Alfred T..., âgé de trente ans, de nationalité anglaise, essaya de s'arracher les deux yeux, au cours d'une crise d'excitation religieuse. Quand nous le vîmes, le jour suivant, la cornée et les membranes de l'œil droit étaient adhérentes au nez — le globe oculaire ayant été complètement éviscéré ; — le cristallin ne fut pas retrouvé.

Le muscle droit interne de l'œil gauche était arraché au niveau de son insertion. Légère exophtalmie.

La chambre antérieure était pleine de sang. Pas de vision apparente.

Des sutures furent placées sur la sclérotique de l'œil droit (que la victime avait très régulièrement déchirée avec ses ongles), de façon à obtenir une cicatrice verticale. A gauche, le muscle droit interne fut raccourci — son tendon ayant été élongué — et suturé comme dans l'opération ordinaire de l'avancement musculaire.

La guérison s'effectua normalement. Cependant un bourgeon charnu dut être excisé au niveau de la plaie du tendon avancé.

Un mois après, la chambre antérieure et la pupille semblaient normales. La cornée était plissée et les raies ainsi formées convergeaient vers l'insertion du muscle droit interne, à tel point qu'il y avait une tendance au staphylome.

Bonne projection en dedans et en bas. Derrière le cristallin et en contact avec lui, on voyait une membrane blanc grisâtre (ne présentant pas de mouvements ondulatoires) sur la surface de laquelle couraient de petits vaisseaux sanguins. On ne put déterminer s'il s'agissait d'un décollement de la rétine ou d'une exsudation plastique. Puis le cristallin s'opacifia et l'on fit une tentative d'extraction linéaire. Une portion du cristallin, qui avait subi la transformation crétacée et était devenue adhérente, fut laissée en arrière. Une membrane pupillaire se forma, que l'on dut diviser avec deux aiguilles; mais l'incision, mal consolidée, bâilla et on fut obligé d'appliquer ensuite le procédé de Loring. Plus tard, à travers l'ouverture ainsi faite, on apercevait une lueur rouge. L'œil était cependant aveugle. Le malade resta dans un asile d'aliénés tant que dura son état d'excitation.

OBSERVATION XII

(Ch. LAFON, *Recueil d'ophtalmologie*, 1907)

Jean L..., âgé de quarante ans, négociant à Bordeaux, n'a pas d'antécédents personnels à mentionner; il a toujours eu une bonne santé générale et nie la syphilis; il est marié, père de quatre enfants en bonne santé et sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Par contre,

ses antécédents héréditaires sont chargés : il a eu deux demi-frères plus âgés que lui ; l'aîné est mort jeune, interné dans un asile ; l'autre avait des crises convulsives dans son enfance et notre malade ignore ce qu'il est devenu. Tout récemment, au mois de mai dernier, sa mère a dû être internée à Château-Picon, pour une mélancolie d'évolution sénile, caractérisée par des idées d'auto-accusation, de crainte, de ruine, de culpabilité, évoluant en un fonds d'affaiblissement intellectuel.

Il y a environ huit ans, Jean L... devint impressionnable ; il s'affectait facilement, avait des insomnies et souffrait de la tête ; il consulta le professeur Régis qui ordonna la suppression de toutes boissons alcooliques ou excitantes et conseilla de prendre du bromure de potassium. Le malade suivit ponctuellement ce traitement et son état s'améliora ; depuis lors, il n'a jamais cessé de prendre 50 centigrammes de bromure par jour.

Malgré tout, Jean L... avait une tendance à s'affecter pour les moindres choses ; ses affaires, pourtant très prospères, le préoccupaient et lui donnaient des craintes. Il y a deux ans, il eut des difficultés avec un associé pour un règlement de comptes ; ce litige de peu d'importance lui donna les plus vives inquiétudes. Au mois de décembre 1906, il eut une forte grippe, avec fièvre élevée. Pendant sa convalescence, on lui annonça le règlement définitif de son procès : il était condamné à payer à son associé une somme de 3.000 francs qu'il prétendait ne pas lui devoir. Cette perte, sans répercussion fâcheuse sur ses affaires, l'affecta profondément. A partir de ce moment, son état s'aggrave ; il devient sombre et il ne peut plus se livrer à un travail soutenu ; il a des insomnies et, s'il s'endort, il ne tarde pas à être réveillé par des cauchemars ; il souffre constamment de la tête, n'a pas d'appétit, digère mal et s'amaigrit. Des idées délirantes commencent à apparaître ; il soupçonne ses amis, prétend que ses employés le trompent et se croit acculé à la faillite. La tristesse et la dépression intellectuelle augmentant, le médecin de la famille conseille de le faire surveiller.

Le 23 février 1907, Jean L..., va déjeuner chez lui comme à l'ordinaire ; les siens ne remarquent aucune modification dans son état. Le soir, à sept heures, son caissier lui dit qu'il va arrêter les comptes de la semaine ; il court aussitôt s'enfermer dans les lieux d'aisances et son fils ne tarde pas à entendre des coups sourds frappés contre la cloison ;

il accourt et trouve son père qui se frappait la tête contre le mur, sa figure était couverte de sang.

Jean L... est aussitôt conduit à l'hôpital Saint-André et admis à la Clinique ophtalmologique. Il a sur le sommet de la tête une plaie contuse peu profonde, avec hématome ; ses paupières sont très tuméfiées et infiltrées de sang ; en les écartant, on fait saillir un gros bourrelet chémotique hémorragique ; dans le segment inférieur de chacun des bulbes, on voit des plaies conjonctivales irrégulières et anfractueuses ; la tension oculaire est abaissée ($T - 1$) ; les chambres antérieures sont remplies de sang et toute vision a disparu. Le malade est très déprimé et il faut insister beaucoup pour qu'il réponde quelques monosyllabes aux questions qu'on lui pose. Pansement des plaies craniennes ; instillations d'atropine et compresses chaudes sur les yeux.

Il semble que cette crise et le changement de milieu aient une action salutaire sur l'état mental de Jean L... Il nous raconte que, lorsque son caissier lui parla d'arrêter les comptes, il comprit que ses affaires étaient désespérées, qu'il allait être mis en faillite et que deux agents de la sûreté l'attendaient à la porte pour le mener en prison. C'est pour éviter cela qu'il voulut se suicider ; il s'enferma alors dans les lieux d'aisances et essaya de se crever les yeux, en appuyant ses pouces de toutes ses forces contre les globes ; il sentit couler le sang et perdit aussitôt la vue ; à partir de ce moment, il ne se rappelle plus ce qui a suivi.

Jean L... a une attitude découragée et affaissée ; son visage, triste et morne, est immobile ; il parle peu, lentement, à voix basse, et ses réponses paraissent le fatiguer beaucoup. Il regrette son acte et a peur de rester aveugle ; il se lamente sur le sort de sa femme et de ses enfants, mais il paraît calme et résigné. Nous portons le diagnostic de mélancolie dépressive avec idées délirantes de culpabilité, de ruine surtout : notre diagnostic est confirmé par le professeur Régis.

L'examen somatique nous révèle l'existence de lésions organiques. La langue est saburrale, l'appétit mauvais ; les urines sont peu abondantes, foncées, chargées en sels, mais ne contiennent ni sucre ni albumine. Le cœur est normal, mais les artères sont dures et peu dépressibles. Au sommet des deux poumons la respiration est rude, soufflante, avec des craquèments humides et il existe à ce niveau de la

submatité; expectoration de crachats purulents, ne contenant pas de bacilles; il s'agit évidemment là d'une tuberculose au début.

Le gonflement des paupières et le chémosis n'ont pas tardé à disparaître; les plaies conjonctivales ont cicatrisé et il est évident qu'il n'y a pas eu rupture de la sclérotique. L'hypohéma persiste et la perception lumineuse est nulle; les conjonctives sont toujours vivement injectées; les globe sont hypotoncs, douloureux à la pression et spontanément. Il est difficile de préciser les lésions qui existent: hémorragie du vitré, luxation du cristallin, décollement de la rétine? Le professeur Badal porte le diagnostic d'irido-cyclite traumatique double et un pronostic très sombre. Dans les jours qui suivent, l'hypohéma se transforme en une exsudation brun verdâtre, qui remplit les chambres antérieures; les douleurs ciliaires et l'hypotonie augmentent (T — 2).

Vers le milieu de mars, l'état mental s'aggrave: la dépression s'accroît et les idées délirantes se multiplient. Le malade croit qu'on lui cache les plus grands malheurs et il s'attend à être arrêté à chaque instant. Il dit que sa femme l'empêche de guérir pour se débarrasser de lui et il fait des difficultés pour se laisser soigner. A la fin du mois de mars, il trouve un mauvais goût aux aliments, il a peur qu'on l'empoisonne et on a beaucoup de difficultés pour lui faire prendre quelque nourriture. Enfin à deux reprises il tente de se suicider, en se frappant la tête contre le mur et en se serrant le cou avec les mains. Dans ces conditions, une surveillance rigoureuse s'impose et nous conseillons l'internement. Jean L. entre à l'asile de Cadillac le 11 avril 1907.

Depuis lors son état ne s'est pas amélioré et les médecins qui le soignent ne croient pas à sa guérison. Il pleure à peu près constamment et il a souvent des crises de désespoir qui nécessitent l'emploi de la camisole de force. La tuberculose pulmonaire fait de rapides progrès. L'affection oculaire suit son cours: les exsudats de la chambre antérieure, loin de se résorber, s'organisent: les conjonctives ne sont presque plus injectées, mais le malade accuse toujours des douleurs ciliaires; la cécité est totale et les globes sont très mous. Il est évident que ces yeux, désorganisés par les violentes contusions, évoluent vers l'atrophie.

Si à ces 12 observations, nous ajoutons les 2 cas mentionnés au début de ce chapitre, le fait auquel Howden fait allusion et les 4 autres observations publiées par Axenfeld, cela fait un total de 19 cas d'auto-mutilation oculaire chez les aliénés.

CHAPITRE II

État mental des malades

« Le petit nombre de nos observations, dit Blondel, nous interdit les vastes pensées ». Nous pourrions répéter cette phrase, bien que le nombre des cas dont nous disposons soit plus considérable; mais, dans plusieurs faits, l'imprécision des renseignements que les auteurs nous donnent sur l'état mental des malades ne nous permettra guère d'en tenir compte.

Pour Blondel, il semblerait que « l'œdipisme soit surtout pratiqué par les femmes »; en effet, le hasard a voulu que les malades dont il rapporte les observations soient surtout des femmes. Dans 13 cas, où le sexe est indiqué avec précision, nous relevons 8 femmes pour 5 hommes; le nombre des cas est trop peu considérable et la différence entre les deux sexes trop minimes pour que nous nous permettions d'en tirer une conclusion: cependant, comme nous allons le voir, les auto-mutilations s'observent surtout dans la mélancolie et l'on sait que cette psychose est plus fréquente dans le sexe féminin; d'après les auteurs, sur 100 lypémaniaques, on trouverait environ 65 femmes contre 35 hommes seulement.

Dans 8 cas, les auteurs indiquent l'âge des malades au moment de leur auto-mutilation. A part la malade de Dehn (Obs. IX), qui n'avait que 15 ans, les sept autres étaient des adultes, âgés de 30 à 45 ans.

Falga, Stellwag von Carion (Obs. I), White Cooper (Obs. II), Axenfeld (Obs. X.) se contentent de nous dire que leurs malades étaient fous.

Dans une autre série d'observations, les auteurs nous donnent quelques indications : la première malade de Ideler (Obs. III) était internée pour « manie religieuse » ; le malade de Coggin (Obs. XI) était aussi atteint d'« excitation religieuse » ; celle de Dehn (Obs. IX) se mutila au cours d'une crise « d'excitation maniaque » et la perte de la raison fut définitive ; la malade dont il est parlé dans les *Annales médico-psychologiques* (1867) était « une hystérique qui poussait l'exagération de ses scrupules jusqu'à la folie : elle avait fait plusieurs tentatives de suicide » ; enfin la malade de Crouigneau (Obs. VIII) était une mélancolique qui avait déjà plusieurs autres tentatives d'auto-mutilation à son actif. L'examen de ces cinq cas confirme l'opinion de Blondel : « Il semble..... que les délires hallucinatoires à base mélancolique et à teinte religieuse jouent un rôle capital dans l'étiologie de l'énucléation volontaire. »

Dans les 5 observations de la dernière série, les indications précises données par les auteurs permettent de mieux étudier l'état mental des malades.

Le malade de Lafon (Obs. XII) est un mélancolique anxieux, auto-accusateur, avec idées de culpabilité et de ruine ; il a des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, refuse la nourriture et essaye à plusieurs reprises de se suicider.

Le cas de Martinenq (Obs. VII) est identique ; ici le délire prend une teinte religieuse et nous trouvons les idées de culpabilité universelle, d'indignité et de damnation.

Chez la malade d'Adam (Obs. VI), nous retrouvons les mêmes symptômes : culpabilité, hallucinations terrifiantes, refus de nourriture, tentatives de suicide.

Dans le cas de Howden (Obs. V), les idées mélancoliques ne sont pas signalées ; « cependant si la malade voulait se brûler pour purifier son âme, c'est apparemment que sa

conscience ne la laissait pas sans inquiétude » (Blondel). On retrouve, du reste, tous les autres symptômes signalés plus haut.

Le même raisonnement s'applique à la malade de Ideler (Obs. IV); si l'homme de feu lui ordonnait de se mutiler, si la voix de Dieu l'encourageait à supporter la douleur physique sans se plaindre c'est évidemment qu'elle voulait expier ses fautes en se mutilant.

En somme, chez ces cinq malades nous notons, comme l'a fait Blondel, la coexistence constante de trois symptômes : la tendance opiniâtre aux auto-mutilations et au suicide, les hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, et le refus de nourriture. La mélancolie, dont ce dernier signe est, on le sait, une manifestation caractéristique, apparaît avec une remarquable intensité dans les trois premières observations.

Si maintenant nous rapprochons les signes qui précèdent de l'opinion que nous avons formulée après l'examen des cinq observations de la seconde série, nous voyons que dans ces dix cas la base de l'altération mentale est la mélancolie, sur laquelle vient se greffer le plus souvent un délire religieux.

Dans quelques observations, les antécédents héréditaires des malades sont notés et ils sont parfois très chargés :

Le père de la malade de Howden (Obs. V) était un alcoolique; la mère, une débile que l'on dut interner à l'âge de soixante-dix-huit ans pour démence; un frère, interné, essaya de s'arracher les yeux; une sœur sera encore internée à l'âge de vingt-quatre ans.

Le malade de Lafon (Obs. XII) eut deux demi-frères : l'un mourut interné et l'autre avait dans sa jeunesse des crises convulsives; sa mère sera internée pour mélancolie d'évolution sénile et elle est actuellement démente.

La mère de la malade de Dehn (Obs. IX) sera atteinte d'un « accès très violent de psychose aiguë » qui nécessitera son internement et qui guérira au bout de quelque temps.

Seul, Martinenq (Obs. VII) nous dit que sa malade n'avait pas d'antécédents héréditaires.

La cause de la psychose peut être relevée dans quelques cas :

La malade de Ideler (Obs. IV) était une fille-mère et le délire apparut à la mort de son enfant, qui survint une semaine après sa naissance.

Celle de Howden (Obs. V) est faible de constitution; elle a eu des couches difficiles et son délire éclate au cours de troubles digestifs. Après guérison, sa psychose reparait à plusieurs reprises et chaque fois les rechutes coïncident avec des accidents gastro-intestinaux. On sait le rôle considérable que jouent les auto-intoxications dans l'étiologie des maladies mentales et la psychiatrie contemporaine augmente tous les jours leur importance.

Dans le cas de Martinenq (Obs. VII), nous voyons que la malade avait des antécédents personnels négatifs; elle a eu trois enfants qu'elle a nourris pendant au moins deux ans et c'est après le sevrage du dernier qu'éclatent les accidents.

Dehn (Obs. IX) dit que sa jeune malade eut son premier accès de délire « à la suite de causes inexpliquées »; elle avait quinze ans, et il est permis de se demander si l'établissement de la puberté ne joua pas un rôle dans cette psychose.

Enfin le malade de Lafon (Obs. XII) était timoré, impressionnable; il s'affectait pour les moindres choses et huit ans avant le début des accidents délirants il avait consulté M. le Professeur Régis. La psychose a éclaté à la suite d'un procès, au moment où il était convalescent d'une très forte grippe; en outre, on a noté chez lui un début de tuberculose pulmonaire.

En un mot, nous retrouvons chez ces malades toutes les causes débilitantes et dépressives que l'on observe généralement comme facteurs étiologiques de la mélancolie.

L'évolution de la psychose est mentionnée par quelques auteurs.

Il s'agit, chez la malade de Martinenq (Obs. VII), d'un accès de mélancolie aiguë, qui guérit après deux ou trois mois. Le malade de Coggin (Obs. XI) s'améliora aussi et put sortir de l'asile.

Dans le cas de Howden (Obs. V), la malade eut une première atteinte qui dura deux ans; elle est normale pendant dix ans; puis elle a une nouvelle crise qui dure un an; elle guérit encore pendant six mois, pour sombrer définitivement. Elle a alors une pleurésie, à la suite de laquelle se développe une ostéomalacie progressive et elle meurt huit ans après.

Chez les malades d'Adam (Obs. VI) et de Dehn (Obs. IX), à la crise aiguë succéda un état chronique qui est considéré comme incurable. Il en est de même chez le malade de Lafon (Obs. XII).

Nous allons maintenant étudier de plus près ces auto-mutilations oculaires, en analysant les idées délirantes qui ont conduit les malades à les commettre.

Nous tâcherons de n'exposer que des faits, en les interprétant le moins possible; comme le dit fort justement Blondel, « en psycho-pathologie toute interprétation est ruineuse, car elle substitue arbitrairement à des processus anormaux le déroulement logique et régulier des conceptions normales, avec lesquelles nous ne pouvons pas faire que nous ne pensions pas. »

Etudiant l'état mental des auto-mutilateurs oculaires, Rohmer dit : « Quant aux motifs qui ont poussé les malades à produire cette auto-mutilation, on trouve, d'après leurs propres aveux, tantôt, et en première ligne, des hallucinations produites par la peur, tantôt et plus rarement, des états mélancoliques purs avec des idées de péchés ». En d'autres termes, la plupart de ces malades s'arracheraient les yeux pour ne plus voir les hallucinations qui les épouvantent. Cette interprétation de Rohmer est fausse, et pour le démontrer il suffit d'analyser les cinq observations assez complètes que nous possédons. Ces malades ont des hallucinations terri-

fiantes de la vue et de l'ouïe ; mais s'ils cherchent à se crever les yeux, ce n'est nullement pour fuir ces hallucinations.

Ainsi la malade de Ideler (Obs. IV) voyait un homme de feu qui lui ordonnait de se fendre la tête et de se mutiler et elle entendait la voix de Dieu qui l'exhortait à supporter la souffrance. De même la malade de Howden (Obs. V) obéit à des ordres de Dieu. Celles d'Adam (Obs. VI) et de Martinenq (Obs. VII) entendent aussi des voix qui leur reprochent leur indignité et leur ordonnent de se mutiler. Enfin le malade de Lafon (Obs. XII) croit que des agents vont l'arrêter et il veut se crever les yeux pour mourir et échapper à la honte de la faillite.

Comme le remarque Cotard, « les hallucinations, principalement quand elles ont un caractère impératif, ont une influence considérable sur les divers actes des aliénés : suicide, homicide, mutilation, refus d'aliments, etc. »

Un autre caractère de ces auto-mutilations est leur polymorphisme ; du reste, ce caractère « dans la mélancolie anxieuse à forme religieuse ne saurait plus être mis en question ». La malade de Ideler (Obs. IV) se frappe la tête contre les murs, s'arrache les oreilles et se mord les doigts. Celle de Howden (Obs. V) essaye de s'arracher la langue et s'en coupe un gros morceau ; ses bras portent de nombreuses traces de blessures : elle veut se brûler la tête et se lacère le vagin avec la main. La malade (Obs. VI) veut aussi se brûler. Celle de Martinenq (Obs. VII) se mord profondément les lèvres. Crouigneau (Obs. VIII) signale chez sa malade plusieurs autres tentatives d'auto-mutilation.

Certains auteurs ont voulu donner une interprétation psychologique de l'auto-mutilation oculaire : « A en juger par les nécessités pratiques auxquelles ils répondent et par les jouissances qu'ils procurent, de tous nos sens la vue semble celui qui joue le plus grand rôle : les hommes ont donc pu la considérer comme un don divin entre tous ». L'arrachement des yeux serait alors un sacrifice agréable à Dieu. Mais cela est de l'interprétation et il ne semble pas que les mala-

des, dans leur délire aigu, se livrent à des associations d'idées aussi subtiles. Comme le fait justement remarquer Blondel, « si le délire religieux coexiste si fréquemment avec l'énucléation volontaire, ce n'est pas que l'un trouve en l'autre sa raison suffisante, mais, bien au contraire, que tous les deux ressortissent de la même étiologie morbide ». Ce qui le prouve bien, c'est le polymorphisme que revêt souvent l'auto-mutilation chez le même sujet. Les diverses formes d'auto-mutilation « peuvent indifféremment se substituer les unes aux autres, sans rien perdre de leurs caractères cliniques. »

Mais il y a mieux : il existe un rapport étroit entre les auto-mutilations et les tentatives de suicide. Nous avons vu que Szigeti comparait l'observation de Falga à son cas de suicide par extirpation du larynx. La malade, à laquelle il est fait allusion dans les *Annales médico-psychologiques* de 1867, avait tenté de se suicider à plusieurs reprises. Celle de Ideler (Obs. IV) cherche à se fendre la tête contre les murs et celles de Howden (Obs. V) et d'Adam (Obs. VI) veulent se brûler.

La malade de Martinenq (Obs. VII) essaye d'abord de s'empoisonner en avalant des pilules d'opium ; elle tente ensuite de se jeter à l'eau et de se donner des coups de compas dans les flancs.

Enfin le malade de Lafon (Obs. XII) avoue dans un moment de calme qu'en se crevant les yeux il a voulu se suicider ; il a essayé en même temps de se fendre la tête contre les murs ; plus tard il tentera encore de se suicider en se frappant la tête et en se serrant le cou avec ses mains. Dans ce dernier cas, la tendance au suicide s'est présentée avec les caractères que l'on observe chez les mélancoliques ; comme le dit Régis. « Ils voudraient bien mourir et, pour toutes les raisons morbides qui hantent leur cerveau, la vie leur est à charge, mais ils sont souvent incapables de faire un effort sérieux pour se tuer et de déployer dans l'exécution de leur projet la moindre énergie.... Ils manifestent un manque absolu d'initiative et de décision.... Aussi dans

bien des cas leurs tentatives sont-elles incomplètes et ridicules. »

Quand on analyse les mobiles qui poussent les aliénés à se mutiler, on constate que ces actes ne sont pas toujours voulus pour eux-mêmes. Dans les observations que nous avons rapportées, les mélancoliques ne s'arrachent pas les yeux pour être aveugles, pour ne plus avoir d'hallucinations, mais souvent pour mourir. Comme le dit encore Régis : « A côté de la tendance au suicide, qui existe à peu près constamment et à des degrés divers dans la mélancolie aiguë, il faut noter la tendance aux auto-mutilations, qui est de même nature et procède de la même mentalité. »

Blondel voit un rapport étroit entre les auto-mutilations et le syndrome de Cotard ou délire des négations.

On sait que cette forme particulière de la mélancolie anxieuse est caractérisée par :

L'anxiété mélancolique ;

Les idées de damnation ou de possession ;

La propension au suicide et aux auto-mutilations ;

L'analgésie ;

Les idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction des différents organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, etc. ;

L'idée de ne pouvoir jamais mourir.

Il est probable que, pendant leur mutilation, les malades ne ressentent pas beaucoup la douleur. Cependant, l'analgésie n'est signalée que dans l'observation de Martinenq (Obs. VII).

Quant à la négation proprement dite, elle n'est notée dans aucun cas. Blondel voit dans l'auto-mutilation, dans la destruction d'un organe, une manifestation du négativisme ; il s'agit là d'une interprétation et nous ne saurions trop répéter à Blondel les lignes qu'il a lui-même écrites dans son Introduction et que nous avons rapportées plus haut, sur les dangers de l'interprétation en psychiatrie. Il a voulu prouver que

l'auto-mutilation était une manifestation du négativisme; on peut aussi prouver le contraire: comment un aliéné détruirait-il un organe dont il nie l'existence? Cela prouve bien qu'« en psycho-pathologie toute interprétation est ruineuse ». Aussi contentons-nous d'observer et de noter les faits.

Bien que nous ne songions pas à nier les relations qui peuvent exister dans certains cas entre les auto-mutilations et le syndrome de Cotard, dans les observations que nous avons mentionnées ce rapport n'apparaît pas avec assez d'évidence pour nous arrêter plus longuement.

Nous ne voudrions pas ergoter sur des mots, mais croyons ne pas devoir accepter le terme d'énucléation « volontaire » appliqué par Blondel aux auto-mutilations oculaires chez les aliénés. Il est probable que cet auteur a voulu exprimer ainsi que l'énucléation était pratiquée par le malade lui-même; mais « volontaire » implique aussi le sens de volonté. Or peut-on qualifier de volontaires des actes commis par des délirants mélancoliques, sous l'influence d'hallucinations, impératives le plus souvent; comme le dit Gilbert Ballet, ces malades se laissent aller aux auto-mutilations et au suicide « par une sorte d'impulsion irréflechie ». Aussi, croyons-nous qu'il faut rejeter ce terme de « volontaire », quand on parle des auto-mutilations chez les aliénés, pour le réserver aux actes dont nous allons parler dans la seconde partie.

Quant au mot « œdipisme », nous étudierons aussi son opportunité dans les pages qui vont suivre.

Nous pouvons résumer ainsi ce chapitre :

Dans l'aliénation mentale, l'auto-mutilation oculaire ne s'observe guère que dans les états mélancoliques; tantôt il s'agit de crises de mélancolie aiguë, tantôt des formes sub-aiguës ou chroniques. Le plus souvent se surajoute au délire, surtout chez les femmes, des idées religieuses.

Ces auto-mutilations oculaires n'ont rien de spécifique et elles sont les équivalents des auto-mutilations d'autres organes que l'on observe souvent chez les mêmes sujets.

Enfin ces auto-mutilations oculaires ont un rapport étroit avec les tentatives de suicide si fréquentes chez les mélancoliques.

CHAPITRE III

Les lésions oculaires

Si les observations donnent souvent peu de détails sur l'état mental des auto-mutilateurs oculaires, elles nous renseignent plus exactement sur la nature et la forme des lésions produites.

On trouve tous les degrés, depuis la simple contusion ou la petite égratignure jusqu'à la destruction totale du globe oculaire; mais les lésions de peu d'importance passent souvent inaperçues ou bien les auteurs ne les publient pas, parce qu'elles leur paraissent peu intéressantes. C'est ainsi que le docteur Jacquin nous a raconté avoir observé récemment, à l'asile de Château-Picon, une démente qui, dans une crise d'excitation, se déchira avec les ongles la commissure externe de la fente palpébrale de l'œil droit; les gardiennes l'empêchèrent de pousser plus loin sa mutilation. Nous n'avons pas cru devoir placer ce cas inédit dans les observations que nous avons réunies, car l'état mental de cette démente échappe un peu à l'analyse et il est impossible de démêler les mobiles qui l'ont fait agir, si tant est qu'elle en ait eu.

Les aliénés s'attaquent en général à leurs deux yeux à la fois. Dans le cas de Lafon (Obs. XII), les lésions produites aux deux yeux étaient symétriques; dans celui de Ideler (Obs. IV) aussi. Mais dans la plupart des autres observations on voit que les lésions sont plus graves sur un œil que sur l'autre : dans 5 cas, l'œil droit était le plus atteint; dans 3 cas, c'était au contraire l'œil gauche.

On note d'abord la luxation simple; après réduction, guérison *ad integrum* (Obs. II, IV, VII). Le plus souvent il y a déchirure de la conjonctive et d'un nombre plus ou moins grand de muscles oculaires : muscle droit inférieur (Obs. VIII); muscle droit interne (Obs. XI); tous les muscles droits (Obs. X, IX); les muscles droit supérieur, droit interne, grand et petit oblique (Obs. IX). Enfin l'œil peut être arraché totalement, avec déchirure de tous les muscles et rupture du nerf optique (Obs. III, IV, V); dans le cas de Stellwag von Carion, le globe avait été énucléé comme avec un bistouri et la capsule de Bonnet était intacte (Obs. I). Dans l'Observation VII, la malade avait arraché 25 millimètres de nerf optique et 30 dans le cas de Crouigneau (Obs. VIII).

En plus de ces diverses lésions, on peut observer d'autres types de blessures : l'hémorragie intra-oculaire avec production d'exsudats inflammatoires et désorganisation plus ou moins complète du globe (Obs. XI, XII), ou bien l'ouverture de la coque oculaire avec ou sans éviscération. A l'un de ses yeux, la malade de Dehn (Obs. IX) avait fait à la partie de la sclérotique, près du limbe, deux ouvertures réunies par un pont de tissu; de l'autre côté, il y avait une large ouverture béante au même niveau et la malade avait complètement éviscéré le contenu du globe, dont il ne restait plus guère que la coque fibreuse. On observait les mêmes lésions dans le cas de Coggin (Obs. XI).

Tous les auteurs indiquent dans leurs observations que les malades se sont mutilés avec leurs seuls doigts, sans le secours d'aucun instrument. Il est facile de comprendre comment se produisent les lésions dans certains cas; par exemple le malade de Lafon (Obs. XII) raconta qu'il avait pressé avec ses pouces sur ses yeux; ce mécanisme explique très bien l'hémorragie et la dislocation intra-oculaire et la déchirure de la conjonctive dans son segment inférieur. La luxation simple se comprend aussi.

Mais comment un aliéné peut-il produire la déchirure des

muscles, la rupture du nerf optique, l'ouverture de la coque fibreuse ? On sait que ces deux derniers sont extrêmement résistants chez l'adulte.

Berlin pensait que la luxation était produite par le doigt enfoncé dans l'orbite et agissant à la façon d'un levier ; pour l'arrachement, ce mécanisme était le même et seules les tractions étaient plus violentes.

A la suite de la discussion provoquée à la Société d'ophtalmologie de Paris par l'observation de Gillet de Grandmont (Obs. VIII), de Wecker se livra à des expériences sur le cadavre ; en introduisant un crochet derrière le bulbe et en saisissant le nerf optique, il était impossible à un homme, employant toutes ses forces, de rompre ce nerf ; on déchirait plutôt le globe oculaire, mais le nerf résistait. De Wecker concluait qu'il était impossible qu'un aliéné pût arracher son œil avec ses doigts, sans le secours d'aucun instrument.

On ne pouvait donc admettre le mécanisme indiqué dans toutes les observations ; même en tordant l'œil, comme la malade de Ideler (Obs. III) le faisait, on ne pouvait arracher un globe oculaire avec les doigts seuls.

L'observation de Dehn vint éclairer la question : l'ouverture de la coque fibreuse de l'œil qui existait des deux côtés chez sa malade (Obs. IX) n'avait pu être faite qu'avec les ongles.

Axenfeld se livra à toute une série d'expériences sur le cadavre. Tout en confirmant les résultats obtenus par de Wecker, il procéda d'une autre manière ; en se servant de ses seuls doigts, il vit que l'usage des ongles était indispensable pour sectionner les muscles, après avoir déchiré la conjonctive ; la rupture est d'autant plus facile et d'autant plus nette que l'action s'exerce sur le tendon plus près de son insertion scléroticale. Quand on passe le doigt entre le globe et le muscle, on peut arracher ce dernier, mais beaucoup plus facilement et la rupture se fait d'une manière très irrégulière au niveau du corps musculaire.

Pour arracher le nerf optique, Axenfeld a montré qu'il était absolument nécessaire d'introduire les doigts derrière le

bulbe pour le circonscrire et le couper; la torsion seule ne suffit pas et l'on ne peut arriver à obtenir la rupture si on ne le coupe pas avec les ongles. Cela explique pourquoi l'arrachement total du globe échoue le plus souvent chez les hommes, dont les doigts volumineux ne peuvent pénétrer derrière le bulbe; sur les cinq hommes mentionnés dans nos observations, un seul parvint à couper son nerf optique (Obs. I). Au contraire, les femmes réussissent plus souvent, car leurs doigts minces et effilés pénètrent plus facilement.

Le temps nécessaire pour arracher un œil est relativement très court. Sur un sujet mort depuis vingt-quatre heures, en hiver, Axenfeld arracha les deux yeux en une minute environ; l'opération est beaucoup plus facile sur les sujets débilités que sur les hommes vigoureux. Le temps employé par Axenfeld a varié de une à cinq minutes.

Il nous faut dire maintenant quelques mots sur le pronostic et le traitement de ces lésions oculaires.

Quand il n'y a que luxation simple, il suffit de réduire le globe, en débridant au besoin l'angle externe et la guérison évolue rapidement.

Si un ou deux muscles droits ont été déchirés, on peut les suturer en suivant la technique opératoire de l'avancement musculaire; cela est d'autant plus facile qu'en général le muscle a été rompu au niveau de son insertion tendineuse sur la sclérotique; le seul temps délicat sera la recherche de ce muscle, en général rétracté vers le sommet de l'orbite.

Quand tous les muscles sont déchirés, mais que le nerf optique persiste encore, la seule conduite à tenir est l'achèvement de l'énucléation: les tiraillements exercés sur le nerf optique et les graves contusions qu'a dû supporter le globe ont détruit pour jamais la vision; en outre, les vaisseaux nourriciers et les nerfs ciliaires ont été rompus et l'œil est voué à la fonte purulente; aussi serait-il illusoire de poursuivre la conservation de l'organe.

Si le malade a arraché lui-même son œil, le chirurgien

devra se borner à couper les lambeaux de conjonctive, de muscle et les pelotons adipeux qui pourraient dépasser. La guérison de la plaie est toujours rapide.

Dans les cas où la coque oculaire a été ouverte, l'énucléation s'impose.

Enfin les cas où existe une hémorragie de la chambre antérieure peuvent être considérés comme très graves; cet hypohéma est l'indice de contusions, de dislocation et de désorganisation des milieux de l'œil; ces désordres entraînent des inflammations du tractus uvéal, de l'irido-cyclite traumatique qui a pour résultat la production d'exsudations plastiques et l'atrophie du bulbe.

En somme, les lésions oculaires que s'infligent les aliénés sont le plus souvent très graves, car elles peuvent entraîner la perte de l'organe.

Ce qui frappe, c'est le mécanisme de ces lésions; les aliénés cherchent à « s'arracher » les yeux, au sens propre du mot; ils ne se servent jamais d'instruments et c'est avec leurs doigts seuls, avec leurs ongles surtout, qu'ils parviennent à s'énucléer.

Ce mécanisme si simple est toujours identique chez les aliénés; comme nous le verrons plus loin, il contraste singulièrement avec la diversité des procédés employés par les auto-mutilateurs en dehors de l'aliénation mentale; ceux-ci cherchent à produire une lésion strictement nécessaire, en limitant le plus possible les effets destructifs et la douleur; aussi se servent-ils toujours d'instruments et s'adressent-ils souvent à des tiers pour les aider dans l'accomplissement de leur mutilation.

DEUXIÈME PARTIE

L'auto-mutilation oculaire en dehors de l'aliénation mentale

CHAPITRE I

Dans la légende : Œdipe et Démocrite

Dans la première partie de ce travail, nous avons étudié l'auto-mutilation oculaire chez les aliénés; à côté de cette catégorie de malades qui relèvent de l'asile, on observe aussi l'auto-mutilation oculaire chez des individus qui sont certainement des anormaux, mais dont l'état mental n'a pas complètement sombré et qui ont conservé une partie de leur responsabilité.

Mais avant d'analyser cette seconde classe de faits, nous croyons intéressant d'ouvrir une parenthèse pour étudier celui que l'on pourrait appeler le « patron » des auto-mutilateurs oculaires, Œdipe.

Nous avons vu que Blondel proposait de désigner l'auto-mutilation oculaire sous le nom d'« œdipisme ». Au premier abord on pouvait s'attendre à ce qu'il étudiât l'acte d'Œdipe; il l'a volontairement omis, ne voulant appuyer son travail que sur des faits scientifiquement établis. Il nous a paru cependant qu'il n'était pas inutile d'analyser l'état mental du héros thébain, les mobiles qui l'ont poussé à se crever les yeux et les moyens que les poètes lui font employer pour mettre à exécution cette horrible mutilation.

Au point de vue historique, l'évolution de la légende d'Œdipe peut se diviser en trois périodes : 1^o les poèmes primitifs ; 2^o les tragédies de Sophocle ; 3^o les œuvres postérieures à Sophocle.

Les poèmes primitifs ne nous donnent que fort peu de détails sur Œdipe. Dans l'*Illiade* et dans l'*Odyssée*, nous voyons qu'après la découverte des crimes, Jocaste, ou plutôt Epicaste se pend ; mais le héros continue à régner sur les Cadméens. Même version dans l'*Œdipodia* et dans la *Thébaïde* cyclique ; en outre, dans ce dernier texte, Œdipe épouse d'autres femmes. En somme, jusqu'à Sophocle, rien n'indique qu'il soit devenu aveugle. Dans ces poèmes, on ne trouve aucun renseignement sur son caractère et sa mentalité.

C'est Sophocle qui a donné à la légende d'Œdipe sa forme définitive, dans ses deux tragédies : *Œdipe roi* et *Œdipe à Colone*. Il nous a laissé une admirable peinture du héros thébain, dont le caractère, mélange de grandeur et de faiblesse, est profondément humain. Dans les œuvres qui nous sont parvenues, c'est la première fois qu'apparaît l'auto-mutilation.

C'est surtout cet Œdipe, tel que l'a conçu le grand tragique grec, que nous étudierons ; nous nous contenterons de relever dans son histoire les faits qui nous ont paru avoir une influence sur son état mental.

Œdipe est fils de Laïus, roi de Thèbes, et l'on connaît les raisons qui le firent exposer à sa naissance sur le mont Cithéron. Polybe, roi de Corinthe, le fit élever comme son propre fils. Devenu homme, il quitte la maison de son père adoptif pour éviter les sarcasmes que lui vaut son origine inconnue et il parcourt la Grèce. Un jour il rencontre Laïus sur un chemin et le tue à la suite d'une querelle futile. Il arrive à Thèbes et sa vive intelligence lui permet de résoudre l'énigme du sphinx, ce qui lui vaut la royauté : il épouse alors

Jocaste, qui est beaucoup plus âgée que lui, puisqu'elle est sa mère.

De ces antécédents, on pourrait déduire qu'Œdipe est un dégénéré; il est même de mode de considérer comme des anormaux tous les héros dont la légende ou l'histoire nous a conservé le souvenir. On peut faire valoir qu'Œdipe est né sur les marches d'un trône et qu'il a grandi à la cour d'un roi; qu'il est très irritable, puisqu'il ne peut supporter les sarcasmes et qu'à la suite d'une dispute il n'hésite pas à tuer un vieillard; après son départ de Corinthe, il erre à travers la Grèce et ces voyages ont le caractère du vagabondage; son mariage est un acte politique, mais il n'en paraît pas moins bizarre, etc. Toutes ces déductions n'ont guère de valeur, car les mœurs de ces primitifs n'ont rien de comparable aux nôtres et nous ne saurions trop nous méfier de notre interprétation, qui nous pousse à juger avec notre propre mentalité et d'après nos coutumes des hommes qui vivaient aux premières lueurs de la civilisation.

Dans la tragédie de Sophocle, Œdipe, avant de connaître ses crimes involontaires, apparaît comme un homme normal; il est bon, humain, compatissant; il sympathise avec les souffrances de son peuple et veut les soulager. Il est cependant quelque peu irritable et présomptueux, car une prospérité inattendue a grandi sa confiance en lui-même et l'exercice du pouvoir souverain l'a rendu fier et impérieux. Ces défauts s'expliquent fort bien chez un parvenu et, dans les circonstances, ils n'ont rien de pathologique. Rien, dans les paroles ou les actes du héros, ne peut être interprété comme un prodrome d'une psychose, rien ne permet de le considérer comme un hystérique, un épileptique ou un débile; il n'a surtout rien d'un mélancolique.

Cet homme heureux apprend tout à coup que la fatale prédiction s'est accomplie, malgré toutes les précautions; il est le meurtrier de son père, l'époux de sa mère, et ses crimes impunis sont la cause de la peste qui ravage Thèbes. On vient lui annoncer que Jocaste s'est pendue; il accourt et,

arrachant les agrafes du manteau qui enveloppe le cadavre, il se crève les yeux, « parce qu'ils n'avaient vu ni ses malheurs, ni ses crimes, et que, désormais dans les ténèbres, ils ne verraient plus ceux qu'il ne devait plus voir, ils ne reconnaîtraient plus ceux qu'il lui serait doux de reconnaître ». Ainsi Œdipe crève ses yeux pour les punir de ne pas avoir été clairvoyants. Ce mobile nous apparaît comme tout à fait anormal ; mais en y regardant de près on voit qu'il est conforme aux conceptions de l'antiquité ; cet acte est le même que celui de Mucius Scœvola se brûlant la main pour la punir de s'être trompée.

Pas un seul instant, Œdipe ne songe à se suicider ; au chœur qui lui dit : « Je n'approuve pas le châtement que tu t'es infligé ; il eût mieux valu pour toi ne plus vivre, que vivre aveugle », il répond : « Ce que j'ai fait était ce que j'avais de mieux à faire. »

Quand Œdipe apparaît sur la scène, les orbites sanglantes, il ne parle plus de la punition qu'il a infligée à ses yeux ; il donne une autre explication pour expliquer son acte. Il faut, en effet, remarquer que le châtement exigé par l'oracle n'est ni la mort, ni la cécité, mais le bannissement et le héros demandera à Créon de le chasser de Thèbes, pour que sa destinée s'accomplisse. En se crevant les yeux, il n'a pas voulu aggraver sa punition et il prend soin d'expliquer au chœur les mobiles qui l'ont fait agir : « Que me servait de voir, quand je ne pouvais rien voir que d'affligeant ?.. De quels yeux, descendu dans les Enfers, aurais-je regardé un père, une mère infortunée, sur lesquels j'ai commis des crimes que la mort la plus ignominieuse ne saurait expier ? Diras-tu qu'il m'eût été doux de voir croître ces enfants sous mes yeux ? Jamais je n'aurais pu supporter leur vue. Je ne pouvais plus regarder cette ville, ces murs, ces images sacrées des dieux. Après avoir maudi l'impie, aurais-je pu voir d'un œil assuré les témoins de mes crimes ?... Que ne puis-je encore fermer en moi les sources de l'ouïe ! Je ne manquerais pas de clore toutes les parties de mon corps pour être à la

fois aveugle et sourd, N'avoir pas le sentiment de ses malheurs est une consolation.» (Traduction Artaud, 1842.) Ainsi, en se mutilant, Œdipe n'a pas cherché à augmenter sa punition ; au contraire il a voulu diminuer ses douleurs morales, en supprimant pour toujours la vision de tout ce qui lui rappelait ses crimes involontaires.

Dans *Œdipe à Colone*, le héros a retrouvé sa sérénité et c'est avec la plus haute sagesse qu'il parle de son passé ; un enchaînement de circonstances extérieures, tout à fait indépendant de son libre arbitre, l'a rendu criminel : le Destin seul l'a fait agir, sans qu'il y ait participation de sa volonté et cette passivité rassure sa conscience.

Ajoutons que jusqu'à présent Œdipe a été à peu près épargné par les psychiatres et, dans son beau discours sur *la folie dans l'art dramatique*, le professeur Régis ne prononce pas son nom. C'est qu'en effet Œdipe ne ressemble en rien aux aliénés que nous avons étudiés plus haut ; ici l'auto-mutilation est volontaire, consciente, voulue pour elle-même : c'est une fin.

Bien que Blondel ait pris soin de dire, en proposant le mot « œdipisme », qu'il n'avait voulu par là « rien préjuger de l'état mental du héros légendaire quand il s'arracha les yeux », nous croyons que ce terme, appliqué aux aliénés, peut prêter à confusion ; il vaut mieux ne pas le leur appliquer et le réserver aux malades que nous étudierons plus loin.

Eschyle et Euripide avaient écrit chacun une tragédie sur Œdipe ; il ne nous est parvenu de ces deux œuvres que de minimes fragments, qui ne nous permettent pas de juger comment ces auteurs avaient conçu le caractère du héros.

Dans la suite, tous les auteurs qui ont mis la légende d'Œdipe à la scène — et ils sont nombreux, — ont suivi la version de Sophocle.

La littérature latine nous a laissé un *Œdipe*, tragédie de

Sénèque, qui suit de très près le modèle grec. L'auteur est très bref sur l'auto-mutilation, qu'il décrit ainsi :

..... Gemit, et dirum fremens,
Manus in ora torsit.....
(*Œdipe*, V, vers 961-962.)

Dans les temps modernes, et pour nous borner à la littérature française, les imitations sont très nombreuses. Il nous a paru intéressant d'étudier ce que devenait l'auto-mutilation du héros dans les principales de ces œuvres.

Pour ne pas nous attarder trop longtemps, nous ne nous occuperons pas des tragédies de Prevost (1605), de Nicolas de Sainte-Marthe (1614), du P. Follard, de La Tournelle (1731), qui n'ont qu'une valeur très médiocre.

La plupart de ces auteurs ont voulu adopter le drame de Sophocle aux mœurs de leur époque : ils n'ont réussi à faire du héros qu'un fantoche dont le caractère n'a plus aucune vérité et dont les actes ne se comprennent plus : dans ces œuvres, Œdipe devient véritablement un anormal.

Corneille n'a pas su échapper à ce défaut. Dans son *Œdipe*, qui date de 1659, il mêle au drame une plate intrigue amoureuse. Après la mutilation, le héros ne revient plus sur la scène, « car ce qui avoit passé pour miraculeux dans ces siècles passés pourroit sembler horrible au nôtre, et que cette éloquente et curieuse description de la manière dont ce malheureux prince se crève les yeux, et le spectacle de ces mêmes yeux crevés, dont le sang lui distille sur le visage..... feroit soulever la délicatesse de nos dames... ». (*Au Lecteur*) C'est l'envoyé qui vient raconter au public la scène de la mutilation et qui en explique les motifs :

... Soudain, attachant ses deux mains sur ses yeux,
« Prévenons, a-t-il dit, l'injustice des Dieux,
» Commençons à mourir avant qu'ils nous l'ordonnent ;
» Qu'ainsi que mes forfaits, mes supplices étonnent.
» Ne voyons plus le ciel après sa cruauté ;

» Pour nous venger de lui, dédaignons sa clarté.
» Refusons-lui nos yeux, et gardons quelque vie
» Qui montre encore à tous quelle est sa tyrannie. »
Là, ses yeux arrachés par ses barbares mains,
Font distiller un sang qui rend l'âme aux Thébains...

(Acte V, Sc. IX.)

Œdipe est devenu un fanfaron, un bluffeur, dirions-nous aujourd'hui ; au lieu de se soumettre au Destin, il s'insurge et, en se crevant les yeux, il cherche surtout, qu'on nous pardonne l'expression, à épater les hommes et les dieux. Il plastronne, il pérore et sa grandiloquence sonne faux ; cet Œdipe cabotin est loin du modèle grec et il ne lui ressemble guère.

Voltaire (1718) a supprimé dans son *Œdipe* le récit de la mutilation, « qui avait dégoûté les premiers spectateurs ». En s'arrachant les yeux, le héros veut surtout se punir : dès lors l'auto-mutilation seule se comprendrait mal et apparaîtrait comme l'acte d'un dément ; aussi l'auteur le fait-il se suicider :

Il s'est privé du jour avant que d'expirer.

Et pour que ce suicide soit plus tragique, Voltaire a imaginé une circonstance, qui est plutôt une mauvaise invention mélodramatique.

Je l'ai vu dans ses yeux enfoncer cette épée
Qui du sang de son père avait été trempée.

(Acte V.)

Houdart de la Mothe (1726) est plus logique ; Œdipe, apprenant la vérité par un billet de Jocaste, se tue sur la scène, sans se crever les yeux, pour se punir de ses crimes.

Avec la fin du XVIII^e siècle, nous revenons à la légende de Sophocle ; M.-J. Chénier nous a laissé un *Œdipe* qui suit de très près le texte grec.

Enfin, au XIX^e siècle, signalons l'*Œdipe Roi* de Jules

Lacroix (1858), qui n'est plus une adaptation, mais une traduction très littéraire du chef-d'œuvre de Sophocle.

A côté du héros légendaire, l'antiquité grecque nous a conservé le souvenir d'une autre auto-mutilation oculaire : celle du philosophe Démocrite.

Dans son traité *De finibus* (liv. V, 19), Cicéron s'exprime ainsi : « On assure qu'il s'est crevé les yeux ; que ce soit vrai ou non, il est certain que pour être moins détourné de ses profondes méditations, il négligea entièrement le soin de son patrimoine ; et que poursuivait-il ? un seul problème : celui du bonheur. » (Trad. Régnier-Desmarais, Coll. Nisard.) Ainsi déjà Cicéron n'était pas très sûr de l'authenticité de cette auto-mutilation. Depuis, beaucoup d'auteurs ont mis en doute ou même nié cette tradition, qu'ils considèrent comme une allégorie ; pour eux, ce serait une façon de dire que Démocrite fermait les yeux à toutes les distractions du dehors et concentrait toute son activité dans la pensée.

Quoi qu'il en soit, voici comment Aulu-Gelle (*Nuits attiques*, liv. X, 17) raconte cette auto-mutilation :

« On lit dans les ouvrages historiques de la Grèce que Démocrite, ce philosophe si remarquable par ses vertus et par l'antique autorité de son savoir, se priva volontairement de la vue. Il se persuadait que ses idées, que les méditations de son esprit sur les causes naturelles auraient plus d'activité et de justesse s'il les délivrait des entraves apportées par les charmes séducteurs de cet organe. Ce fait et le moyen fort ingénieux dont se servit Démocrite ont été décrits dans le *Cordier* de Labérius en vers pleins d'élégance et de naturel. Mais le poète a supposé une autre intention au philosophe, la rattachant avec adresse au sujet qu'il traitait. Le personnage mis en scène par Labérius est un avare d'une excessive parcimonie et qui déplore la prodigalité et les débauches de son jeune fils. Je cite les vers de Labérius :

- « Démocrite d'Abdère, physicien et philosophe
» Plâça un bouclier en face du soleil levant.
» Afin que l'éclat de l'airain paralysât ses yeux.
» Par les rayons du soleil, il perdit donc volontairement cet organe,
» Pour ne pas voir dans la prospérité les mauvais citoyens.
» Ainsi moi, je veux que l'éclat de l'or
» Me rende aveugle au déclin de ma vie,
» Afin que je ne voie pas au sein de la prospérité un fils criminel. »

(Trad. Flambard, Coll. Panekoucke.)

Ainsi, d'après Aulu-Gelle, Démocrite aurait provoqué sa cécité par éblouissement; c'est le scotome solaire. Il ne s'agit pas là évidemment d'une mutilation au sens précis du mot; mais le résultat fut le même.

On connaît quelle fut la doctrine de Démocrite. Ce philosophe rationaliste ne niait pas l'existence du monde extérieur, mais il niait la valeur de nos connaissances sur ce monde extérieur; il affirma la coexistence du être et du non-être, c'est-à-dire du vide.

Cette sorte de négativisme, ajouté à l'auto-mutilation, pourrait faire penser au syndrome de Cotard; mais il manque les idées mélancoliques. Bien au contraire, Démocrite fut très gai, très rieur et sa cécité volontaire ne lui fit pas perdre son enjouement; il avait un véritable talent à saisir le côté comique de la vie humaine. Sénèque (*De Ira*, II, 10) nous dit : « Démocrite, dit-on, ne se trouvait jamais en public sans rire, tant il était loin de considérer comme sérieux rien de ce qui se traitait sérieusement. » (Trad. Nisard.) C'est de là que viendrait la locution proverbiale : rire comme Démocrite.

Nous n'avons pas trouvé d'autre exemple d'auto-mutilation oculaire dans l'antiquité. Il est souvent question d'aveugles; mais leur cécité, si elle était souvent une punition ou un avertissement des dieux, survenait toujours spontanément.

Chez les premiers ascètes chrétiens, les auto-mutilations

étaient exceptionnelles ; du reste, la loi chrétienne les défend absolument et l'on sait qu'Origène n'a jamais été béatifié à cause de sa castration volontaire.

CHAPITRE II

Chez les contemporains

L'auto-mutilation collective n'entre pas dans notre sujet; nous n'en avons du reste trouvé aucun exemple s'adressant à l'organe de la vision. L'auto-mutilation rituelle respecte aussi les yeux; ainsi les fakirs ne s'attaquent jamais à leurs yeux et, s'ils se blessent ces organes, c'est toujours involontairement, accidentellement pourrait-on dire.

Les mutilations ethniques épargnent aussi les yeux; chez les sauvages, qui s'ornent la figure d'incisions faites au couteau ou au fer rouge, on voit parfois les plaies intéresser les paupières; ces mutilations s'observent chez les femmes de la Côte d'Or et du Decan, mais elles sont rares.

Enfin signalons une petite mutilation oculaire que l'on fait subir aux enfants dans beaucoup de contrées et notamment à Bordeaux : on coupe les cils aux enfants à leur naissance et vers l'âge de un an; cette petite pratique, que l'on peut à peine qualifier de mutilation, a pour but de rendre les cils plus longs et plus soyeux.

Mais ces formes de mutilations sont en dehors de notre sujet et nous ne parlerons ici que de l'auto-mutilation proprement dite, directe ou indirecte.

Etudiant les processus de l'auto-mutilation en général, Blondel note comme facteur étiologique les conceptions délirantes, mélancoliques surtout; mais on trouve aussi, et à un degré moindre, l'épilepsie (impulsions irrésistibles), la démence et la paralysie générale progressive; voilà pour l'aliénation

mentale. On peut encore observer l'auto-mutilation dans l'alcoolisme aigu ou chronique, dans l'hystérie, chez les dégénérés et les débiles.

En effet, à côté des aliénés proprement dits, existe la grande classe des anormaux psychiques, dans les altérations de l'état mental desquels on trouve tous les degrés, jusqu'à la folie proprement dite, qui nécessite l'internement. Nous coudoyons à tous les instants ces individus, dont la responsabilité sociale persiste, quoique toujours atténuée dans une mesure plus ou moins grande.

Nous avons vu que chez les aliénés les auto-mutilations oculaires étaient uniquement causées par des hallucinations impératives de la vue et de l'ouïe ou par la tendance au suicide. Ici rien de semblable; les deux seuls facteurs de l'auto-mutilation oculaire sont l'intérêt et la peur, qui sont des mobiles normaux de l'activité humaine. Tandis que chez les mélancoliques l'auto-mutilation est un moyen d'être agréable à Dieu ou un moyen de suicide, elle apparaît ici comme une fin.

Chez les individus dont l'esprit est sain, l'intérêt et la peur peuvent provoquer la simulation qui, jusqu'à un certain point, peut être considérée comme une réaction normale de ces deux mobiles. Chez les anormaux, au contraire, l'intérêt et la peur conduisent à l'auto-mutilation, qui est une réaction anormale. En dehors de l'aliénation mentale, l'auto-mutilation est le degré extrême de la simulation et, dans certains cas, la limite entre ces deux formes est assez difficile à établir, car les supercheries employées dépassent parfois le but poursuivi et aboutissent à la perte de l'organe.

Les simulateurs respectent le plus souvent l'appareil de la vision, car la vue est celui de tous nos sens qui joue le plus grand rôle et qui nous est le plus utile. La cécité est considérée comme une des infirmités les plus affreuses; dans les légendes, elle apparaît comme un avertissement ou un châtiment de la Providence, et nous disons des grands criminels qu'ils sont indignes de voir le jour. C'est aussi l'infirmité qui

excite le plus notre pitié; les aveugles mendiants ont droit de cité dans notre société où la mendicité est interdite et à l'aube de la civilisation moderne, alors que les hôpitaux existaient à peine, nous voyons saint Louis fonder un asile pour les aveugles : les Quinze-Vingts.

Les simulateurs se contentent en général de simuler des affections subjectives de l'appareil de la vision; mais la crainte de devenir aveugle les empêche le plus souvent de provoquer des lésions objectives : conjonctivites, kératites, cataractes, etc.

L'extrême limite de la simulation oculaire va jusqu'à l'entretien d'affections déjà existantes (blépharites, larmolement, etc.) lorsque le malade croit que ces lésions n'altéreront pas sa vision. Nous pouvons en donner un exemple inédit, observé à la Clinique du professeur Badal.

Pierre F..., âgé de dix-huit ans, chaudronnier sur cuivre dans un grand atelier de construction, reçoit, en janvier 1903, une goutte de métal en fusion au niveau de l'angle interne de l'œil droit, qui produit une brûlure assez profonde; guérison avec atrésie cicatricielle des points lacrymaux, d'où larmolement. Il entre à la Clinique en février et, pour combattre ce larmolement, le professeur Badal lui fait l'ablation des glandes lacrymales du côté atteint. Il quitte la Clinique trois semaines après à peu près guéri; mais il continue à fréquenter la consultation et, à chacune de ses visites, on constate une vive injection de la conjonctive bulbaire, avec larmolement et photophobie, mais sans sécrétion purulente et sans inflammation de la cornée ni du tractus uvéal. Puis il cesse de venir et nous apprenons qu'il fréquente d'autres consultations. Enfin, un jour, un oculiste qui le soignait, ne trouvant pas dans les lésions des points lacrymaux une raison suffisante pour expliquer les symptômes objectifs observés, trouva dans son cul-de-sac supérieur de petits grains de limaille de fer. Pierre F..., qui ne travaillait pas depuis son accident, avoua qu'avant chaque visite il s'introduisait sous la paupière des petits corps étrangers pour provoquer l'injection de sa conjonctive et le larmolement. Il n'avait d'autre but que de continuer à toucher son demi-salaire sans travailler.

Malgré l'altération plus ou moins profonde de leur état mental, les auto-mutilateurs proprement dits respectent en général l'appareil de la vision; c'est que chez eux aussi la crainte de devenir aveugle est plus forte que l'intérêt et la peur qui les poussent à se mutiler.

« Les psychopathes s'adressent quelquefois à autrui pour réaliser les mutilations dont ils ont conçu l'idée », dit Blondel, qui propose de désigner cette forme sous le nom d'auto-mutilation indirecte, à cause de son analogie avec le suicide indirect.

C'est surtout en dehors de l'aliénation mentale proprement dite que l'on observe l'auto-mutilation indirecte : l'individu est poussé à demander l'assistance d'un tiers, soit parce qu'il manque du courage nécessaire pour se mutiler lui-même, soit parce qu'il craint de dépasser le but et de se faire plus de mal qu'il n'est nécessaire.

Sur 680 cas observés dans l'armée par Huguet, l'auto-mutilation indirecte s'est présentée 16 fois, soit plus de 2 %; dans 14 cas, la mutilation fut opérée par la femme ou la maîtresse du mutilé; dans les 2 autres, par un camarade.

Cette forme est intéressante, car il faut que l'individu qui veut se faire mutiler trouve un complice qui consente à pratiquer la mutilation, et pour cela il est nécessaire que ce complice soit lui-même un anormal; en effet, il n'y a pas d'individu sain qui consentirait à une telle besogne, quels que soient les intérêts mis en jeu. Aussi Blondel a-t-il raison de rapprocher cette forme du suicide à deux.

C'est aux actes de cette catégorie d'auto-mutilateurs non aliénés que l'on doit réserver, croyons-nous, l'épithète de « volontaire ». Si anormal que soit leur état mental, ces individus obéissent à des mobiles normaux, sans y être poussés par quoi que ce soit; leur responsabilité sociale peut être diminuée par le fait des altérations de leur sens moral, mais leur volonté subsiste entière et si en se mutilant ils sont souvent des imitateurs, ils n'obéissent à aucune impulsion.

C'est encore à eux seuls que l'on doit appliquer le terme d'« œdipisme ».

L'auto-mutilation qui nous intéresse dans cette seconde partie ne s'observe guère que chez deux catégories d'individus : les ouvriers et les militaires.

Existe-t-elle chez les mendiants professionnels ? Nous l'ignorons, car nous n'en connaissons pas d'exemples. Il est probable qu'ils se contentent d'entretenir des inflammations palpébrales et kérato-conjonctivales. Dans les consultations gratuites il est assez fréquent de voir des mendiants qui viennent réclamer les soins de l'oculiste quand leurs affections prennent un caractère trop aigu ; mais, en général, ils refusent d'entrer à l'hôpital ou dans des asiles d'incurables, préférant la liberté et surtout les profits qu'ils retirent de leurs affections.

Dans les prisons civiles, la simulation est fréquente ; les condamnés provoquent ou exagèrent une foule d'affections, de manière à être admis à l'infirmerie, où le régime est plus doux ; mais il est très rare qu'ils aillent jusqu'à l'auto-mutilation, car cela ne les avancerait à rien : une mutilation n'aurait aucune influence sur leur libération.

Pour les prisonniers militaires, il en est tout autrement et la question est beaucoup plus complexe ; nous nous occuperons de cette catégorie d'individus en étudiant l'auto-mutilation dans l'armée.

On sait que dans toutes les nations où la loi assure une indemnité aux victimes des accidents du travail, on observe un grand nombre de simulations ; en France, ces cas de simulation se sont accrus dans des proportions considérables le jour où la loi de 1898 est entrée en vigueur.

Dans la grande majorité des cas, c'est l'intérêt seul qui les fait agir ; ils exagèrent les troubles fonctionnels dus à une blessure vraie ou entretiennent des symptômes objectifs bénins, comme dans le cas rapporté plus haut, dans l'espoir

de faire augmenter l'indemnité qui leur est due ou de prolonger la consolidation de leur blessure afin de toucher pendant plus longtemps leur demi-salaire sans travailler.

Il est très rare d'observer des affections oculaires simulées créées de toute pièce. Ce qui est plus fréquent, c'est de voir un ouvrier attribuer à un accident du travail une lésion inflammatoire spontanée, une lésion congénitale ou ancienne ou une blessure survenue en dehors du travail. En voici un exemple inédit :

Un nommé J..., chauffeur à bord d'un bateau des Messageries Maritimes, entre dans le service du professeur Badal pour une amblyopie de l'œil gauche, qui serait survenue subitement dans la chambre de chauffe. Examiné, le malade avait simplement une myopie typique de 7 dioptries à cet œil, avec léger staphylome en croissant; l'œil droit était emmétrope. Il parvint à se faire allouer une pension par la Caisse des retraites de la marine en tenant à la Commission de réforme le raisonnement suivant : J'ai fait mon service militaire dans la flotte; or si j'avais eu une amblyopie monoculaire, je n'aurais pas été pris; comme je suis entré dans les Messageries Maritimes aussitôt après ma libération, c'est donc au service de cette Compagnie que l'affection est survenue.

Ce qui est très fréquent, c'est de voir des ouvriers atteints d'atrophie du nerf optique accuser leur travail d'être la cause de cette affection.

Mais les auto-mutilations oculaires vraies sont très rares chez les ouvriers et nous n'en avons trouvé aucun cas dans la littérature. « Les ouvriers capables de déterminer une lésion grave de l'œil (cataractes, leucomes, etc.) doivent être l'exception », dit Baudry, qui n'en connaît pas d'exemple : or l'on connaît l'autorité du professeur de Lille dans la question des accidents oculaires du travail et leur simulation.

Dans l'armée, l'auto-mutilation est plus fréquente et ses mobiles sont aussi plus complexes.

Chez tous les peuples où existe le service militaire, il y a des hommes qui préfèrent « une infirmité définitive et le plus souvent fort gênante à une contrainte temporaire et à des dangers éventuels. »

Les conscrits se mutilent pour être refusés au conseil de revision; ils agissent quelquefois par intérêt, pour ne pas perdre une situation acquise, pour ne pas abandonner leurs affaires, pour ne pas être séparé d'un être qui leur est cher; mais le plus souvent ils obéissent à la peur; ils craignent d'être malheureux au régiment, ils redoutent les brimades, l'autorité parfois un peu vive des supérieurs et ils s'affolent en écoutant les récits plus ou moins fantaisistes des anciens de leur village. Enfin beaucoup redoutent les dangers d'une guerre et tous les auteurs qui ont étudié cette question ont noté un accroissement considérable des auto-mutilations au moment des expéditions lointaines.

Mais, pour les raisons que nous avons exposées plus haut, l'auto-mutilation oculaire est très rare chez les conscrits: nous ne pouvons guère citer que le fait rapporté par Ollivier d'Angers: pour échapper au service militaire, un jeune homme se fit faire des cautérisations sur la cornée: il voulait provoquer la formation d'un leucome; mais la lésion produite dépassa le but poursuivi et entraîna la perte de l'œil par fonte purulente; de désespoir, il se suicida. C'est là un exemple d'auto-mutilation indirecte.

Chez les soldats incorporés, la simulation est très fréquente; ils cherchent à se faire passer pour malades pour être envoyés à l'infirmerie, à l'hôpital ou en convalescence; souvent aussi ils essayent d'obtenir la réforme. Eux aussi s'attaquent rarement à l'organe de la vision; Huguet ne rapporte qu'une seule observation sur 680 cas et encore n'est-elle pas typique: un disciplinaire s'introduisait du tabac dans le sac conjonctival pour provoquer une conjonctive: l'effet dépassa le but, car il se développa une kératite.

Les auto-mutilateurs militaires ne visent en général que la réforme; mais comme ici l'auto-mutilation entraîne des

peines disciplinaires très sévères, il faut que la mutilation puisse passer pour accidentelle ; en outre, beaucoup veulent être en mesure de rattacher leur mutilation à un fait de service pour obtenir une pension ; c'était le cas de ces soldats anglais, dont parle Marshall, qui s'inoculaient dans les yeux du pus blennorrhagique pour être réformés avec pension.

Mais les causes de l'auto-mutilation chez les militaires sont parfois beaucoup plus complexes. Par exemple, Duponchel a raconté l'histoire d'un très brave soldat qui, pour se faire décorer, se mutila un doigt en face de l'ennemi, de façon à faire croire à une blessure de guerre.

Ici encore, l'œil est un organe que les auto-mutilateurs ont l'habitude de respecter. Dans ses « Recherches sur les maladies simulées et les mutilations volontaires..... » chez les disciplinaires, Huguet rapporte 1.078 observations, sur lesquelles 680 ont trait à des auto-mutilateurs ; or sur ce nombre il n'existe aucune mutilation vraie de l'organe de la vision.

M. le médecin major Lafforgue a observé, pendant son séjour en Afrique, deux cas d'auto-mutilations oculaires chez des militaires incorporés dans les régiments disciplinaires. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici d'avoir bien voulu nous communiquer ces deux observations inédites :

Dans le premier cas, il s'agit d'un chasseur des bataillons d'infanterie légère d'Afrique qui s'inocula, pour se faire réformer, du pus emprunté à l'écoulement blennorrhagique d'un de ses camarades.

Dans le second cas, un condamné militaire se perça l'œil avec une aigle de cordonnier, en disant qu'il avait été victime d'une agression de la part d'un de ses camarades. L'enquête ouverte ne put arriver à établir quels étaient les véritables motifs qui avaient poussé cet homme à se mutiler pour faire croire à la culpabilité de son camarade.

Cette dernière observation est intéressante, car il s'agit

vraisemblablement d'une vengeance : c'est là un mobile qu'il est extrêmement rare de rencontrer chez les auto-mutilateurs ; mais peut-être que le désir de se faire réformer du même coup n'était pas étranger à cet acte.

Dans un article tout récent, Bertrand a raconté une *épidémie* d'auto-mutilation digitale qu'il a eu l'occasion d'observer à la section de discipline du 5^e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. Un premier chasseur, s'étant mutilé le pouce, raconta que l'accident lui était arrivé dans le service, en affûtant des piquets de tente ; la preuve matérielle de l'auto-mutilation n'ayant pu être faite, il fut réformé n^o 1, c'est-à-dire avec pension. Dans les trois mois qui suivirent, trois autres chasseurs se mutilèrent le pouce et expliquèrent l'accident de la même façon. L'auteur ajoute : « Le stratagème ayant été éventé, l'épidémie cessa d'elle-même. L'ablation volontaire du pouce devait être bientôt remplacée par un autre genre de mutilation : la piqure de la cornée et la provocation consécutive de kératites et de taies, manœuvre qui heureusement fut rapidement déjouée. »

Enfin, récemment, les journaux quotidiens ont raconté l'intéressante observation suivante, que nous reproduisons d'après le journal *le Matin* du 11 janvier 1906 :

Tunis, 9 janvier. — Le conseil de guerre a jugé aujourd'hui l'affaire du soldat Delbasse, des bataillons d'Afrique, qui, condamné aux travaux publics et subissant sa peine au pénitencier militaire de Tebour-souk, a, dans le but de se faire réformer, demandé en juin dernier, à un de ses camarades actuellement libéré, nommé Boutet, de l'éborgner. Ce dernier eut la folie d'y consentir et lui perça l'œil gauche avec une épingle. Vingt minutes après, Delbasse vint le trouver et lui dit qu'il voyait encore. Boutet frappa alors par trois fois l'œil déjà perforé. Delbasse affirma à ses chefs qu'un éclat de verre avait occasionné cet accident. Les médecins ayant déclaré sa version invraisemblable, une enquête fut ouverte, mais ne donna à ce moment aucun résultat, et Delbasse fut gardé au pénitencier.

A la fin de l'année dernière, Delbasse, persistant dans son dessein,

voulut se faire crever l'autre œil. Après plusieurs refus, il trouva quelqu'un qui osa effectuer cette mutilation. Celui-ci se nomme Pape; ses condamnations, tant dans la vie civile que militaire, sont innombrables. Il porte tatoués sur son front les mots suivants: « Ma tête à Deibler! Vive Caserio! » Delbasse s'agenouilla entre ses jambes et avec une aiguille Pape lui transperça l'œil droit. Dans sa déposition comme témoin devant le conseil de guerre, l'aveugle, qui est un homme grand et fort, âgé de vingt-cinq ans, et qui pleure son aberration, a prétendu n'avoir pas été consentant; mais les déclarations de ceux auxquels il s'était adressé primitivement et des témoins de la scène démontrent qu'il fut une victime volontaire.

Pape a été condamné à huit ans de travaux forcés. Delbasse est réformé et va être gracié.

Cette observation est des plus curieuses; c'est un bel exemple d'auto-mutilation indirecte et elle a nécessité la mise en action de trois volontés pathologiques.

Nous avons dit qu'en dehors de l'aliénation mentale, l'auto-mutilation était la réaction anormale de deux mobiles normaux, l'intérêt et la peur. Le défaut d'observations détaillées rend difficile la recherche des altérations de l'état mental chez beaucoup d'auto-mutilateurs. Chez les militaires, la preuve de ces troubles psychiques est plus facile; le médecin-major Chavigny a montré qu'il était fréquent de trouver chez ces militaires des antécédents héréditaires ou personnels très chargés. D'autre part, on sait que dans les corps disciplinaires, où les auto-mutilations sont si fréquentes, la proportion des aliénés est six fois plus forte que dans le reste de l'armée. Sur les 680 auto-mutilateurs dont Huguet a rapporté les observations, 87 (13 %) étaient des engagés volontaires; or beaucoup de ceux-ci sont des anormaux psychiques, des tarés; 49 autres (7 %) avaient eu maille à partir avec les tribunaux et avaient encouru des condamnations; 8 autres étaient des déclassés. On pourra encore consulter à ce sujet le récent ouvrage de Jude : *Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique*.

Si les simulateurs sont souvent très ingénieux, les auto-mutilateurs, par contre, font preuve d'une pauvreté d'imagination souvent déconcertante; comme le faisait remarquer Boisseau, « la narration que font les hommes mutilés ne varie guère: généralement leur accident leur est arrivé en fendant du bois »; « cette uniformité et cette indigence des explications et des justifications » sont presque constantes. Sur les 680 auto-mutilateurs de Huguet, c'est à peine si 2 « font preuve d'une certaine intelligence dans le choix des moyens et dans l'organisation de leur défense ». L'épidémie de mutilation du pouce observée par Bertrand en est un bel exemple.

En somme, si *a priori* on peut dire que tout auto-mutilateur est un anormal, l'examen des faits tend à confirmer cette conception. Jusqu'à ces derniers temps, les juges militaires n'admettaient presque jamais l'atténuation de la responsabilité chez les auto-mutilateurs et ils les punissaient impitoyablement; depuis quelques années, il se dessine une réaction contre cette tendance et nous pouvons dire, avec Blondel: « Toute auto-mutilation militaire pose un problème et nécessite une expertise médico-légale. »

Dans quelques cas extrêmement rares, l'auto-mutilation oculaire, en dehors de l'aliénation mentale, apparaît comme la réaction de mobiles un peu confus, autres que la peur ou l'intérêt proprement dit.

On sait combien la simulation est fréquente chez les hystériques, et ces malades vont souvent jusqu'à l'auto-mutilation. Ils obéissent à un invincible besoin d'attirer l'attention, soit simplement pour se rendre intéressants, soit pour échafauder une affabulation mensongère qui les pose en héros d'aventures romanesques ou en victimes d'attentats imaginaires.

Dans une des dernières séances de la Société d'ophtalmologie de Paris, Chevallereau a rapporté une observation fort curieuse de pseudo-conjonctivite tuberculeuse simulée, dans laquelle les lésions produites constituent une véritable auto-mutilation. Voici cette observation en partie résumée :

Une jeune fille de dix-sept ans et demi, déjà venue, en avril 1903, consulter aux Quinze-Vingts pour une conjonctive subaiguë banale, se présente le 22 septembre 1907 pour son œil droit, qui présente les lésions suivantes :

Il existe un soulèvement semi-circulaire de la conjonctive bulbaire dans la partie supéro-externe, en dehors du limbe, large d'environ 3 millimètres, long de 13 millimètres et saillant de 2 millimètres au-dessus de la sclérotique, dans sa partie la plus élevée. Cette saillie allait en se fondant sur tout son pourtour. La muqueuse tout entière était fortement vascularisée et donnait lieu à un écoulement abondant. Sur la partie moyenne de cette lésion on voyait cinq à six petites ulcérations séparées les unes des autres, à bords irréguliers, peu profondes et disposées à peu près suivant la crête du bourrelet.

Le reste du globe était absolument normal, ainsi que l'œil gauche ; pas d'engorgement ganglionnaire. L'auteur pense à une ulcération tuberculeuse ; mais il n'existe aucun antécédent héréditaire ou personnel et l'examen somatique est absolument négatif. Le seul fait à retenir est que cette jeune fille est très nerveuse et qu'elle est mal réglée. L'examen bactériologique ne donne aucun résultat et l'on fait une biopsie pour un examen microscopique et des inoculations.

La malade revient régulièrement deux ou trois fois par semaine à la consultation. La lésion reste stationnaire ; cependant, les petites ulcérations deviennent confluentes et à la fin du mois de novembre apparaissent deux petits points de kéralite près du limbe, au voisinage de la lésion ; la kéralite guérit très rapidement, sans laisser de traces, par les moyens usuels.

Le 2 décembre, à une heure et demie, ophtalmo-réaction dans l'œil gauche. A sept heures, réaction positive assez intense, qui persiste une huitaine de jours.

Un jour, la mère, prise à part, déclara que sa fille avait un caractère absolument fantasque ; elle l'avait surprise à frotter son œil droit et elle était persuadée qu'elle entretenait ainsi son mal volontairement. Il ne déplaisait nullement à cette jeune fille de venir se montrer souvent aux médecins et aux élèves qui fréquentent la Clinique et elle était plutôt flattée d'attirer ainsi l'attention. Déjà elle avait simulé plusieurs maladies. En 1904, elle avait simulé une appendicite et il avait fallu

pour la guérir lui faire croire qu'on lui avait fait une opération. En 1907, quelques mois avant, elle avait accusé dans l'oreille gauche des douleurs violentes, et Broca, consulté, avait dû simuler une opération de trépanation de la mastoïde, après laquelle elle s'était déclarée complètement guérie.

L'auteur résolut alors de faire subir à la malade un traitement assez désagréable pour lui enlever l'envie de continuer : il lui cautérisa la conjonctive avec un cristal de sulfate de cuivre ; l'amélioration fut très rapide et la jeune fille guérit en quelques jours.

Du reste, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une inflammation banale et les inoculations au cobaye furent négatives.

La malade provoqua-t-elle son ulcération de toute pièce ? L'auteur l'ignore et nous ne pouvons que le regretter. Il est probable cependant que l'affection primitive fut spontanée et que la malade se contenta à entretenir et surtout à aggraver sa lésion. De même, l'auteur ignore les moyens qu'elle employa pour obtenir cette aggravation. Comme le fait remarquer Sulzer, dans la discussion qui suivit cette communication, il ne semble pas que le frottement seul ait été suffisant.

Quant au mobile auquel a obéi la malade, il apparaît assez nettement, surtout si l'on rapproche cette nouvelle simulation des deux précédentes. Dès la première visite, on la considéra comme un cas intéressant, on l'examina avec plus d'attention et on la montra aux élèves ; il n'en fallut pas davantage pour éveiller en elle son désir d'attirer l'attention et son orgueil de passer pour un cas curieux. Il est regrettable que l'auteur n'ait pas mieux étudié l'état psychique de sa malade et n'ait pas recherché les stigmates de l'hystérie.

CONCLUSIONS

L'auto-mutilation oculaire s'observe chez les aliénés proprement dits et, en dehors de l'aliénation mentale, chez des anormaux psychiques dont la responsabilité sociale persiste, bien qu'atténuée.

1° Dans l'aliénation mentale, l'auto-mutilation oculaire ne s'observe guère que dans les états mélancoliques, auxquels se surajoutent le plus souvent, chez les femmes surtout, des idées religieuses.

Ces auto-mutilations oculaires sont, en général, le résultat d'hallucinations impératives ; elles ont un rapport étroit avec les tentatives de suicide, si fréquentes chez les mêmes sujets.

Elles n'ont rien de spécifique et elles sont les équivalents des mutilations d'autres organes que l'on observe souvent chez le même malade.

Les blessures oculaires sont toujours produites avec les doigts seuls ; les ongles y jouent le plus grand rôle. Ces blessures vont de la contusion et de la luxation simple jusqu'à l'arrachement total du globe oculaire.

2° En dehors de l'aliénation mentale, l'auto-mutilation oculaire ou *œdipisme* est la réaction anormale de deux mobiles normaux de l'activité humaine : l'intérêt et la peur.

On l'observe chez les ouvriers, qui cherchent à bénéficier de la loi sur les accidents du travail, et surtout dans l'armée :

chez les conscrits, pour éviter le service militaire, et chez les soldats, pour obtenir la réforme, avec pension si possible.

Dans cette catégorie s'observe aussi l'auto-mutilation indirecte.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
D^r BADAL.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 février 1908.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADAM. — *Journal of mental science*, 1883.
Annales médico-psychologiques, 1867.
- AXENFELD. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*, 1899.
- BALLET. — *Traité de médecine de Charcot et Bouchard*, VI, 1894.
- BAUDRY. — *Congrès international des accidents du travail*. Liège, 1903.
- BERLIN. — *Handbuch von Græfe-Samisch*, VI, 1880.
- BERTRAND. — *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1907.
- BLONDEL. — *Thèse de Paris* 1903-1906.
- BOISSEAU. — *Considérations sur les maladies simulées, dans l'armée en particulier*, 1869.
- CHAVIGNY. — *Diagnostic des maladies simulées*.
- CHEVALLEREAU. — *Société d'ophtalmologie de Paris. In Recueil d'ophtalmologie*, janvier 1908.
- COGGIN. — *Archives of Ophtalmologie*, 1900.
- COTARD. — *Maladies cérébrales et mentales*.
- CROUIGNEAU. — *Bulletin et Mémoires de la Société de médecine pratique*, 1887.
- DEHN. — *Archiv für Ophtalmologie*, 1894.
- DUPONCHEL. — *Traité de médecine légale militaire*.
- FALGA, *in* SZIGETI. — *Congrès international de médecine*, 1900. *Section de médecine légale*.
- GILLET DE GRANDMONT. — *Société d'ophtalmologie de Paris*, 1890.
- HOWDEN. — *Journal of mental science*, 1881.
- HUGUET. — *Recherches sur les maladies simulées et les mutilations volontaires observées, etc.*
- IDELER. — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, XXVII.
- JUDE. — *Les dégénérés dans les bataillons d'Afrique*, 1907.
- LAFON. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1907.
- MARSHALL, *in* BAUDRY. — *Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes*, 1904.

MARTINENO. — *Annales médico-psychologiques*, 1884.

OLLIVIER D'ANGERS, *in* BAUDRY. — Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes, 1904.

RÉGIS. — *La Revue*, 1902, XLIII.

— Précis de psychiatrie, 1906.

ROHMER. — *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, IV, 1905.

STELLWAG VON CARION. — *Die Ophtalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpunkte*, II, 1855-1858.

DE WECKER. — *Société française d'ophtalmologie*, 1890.

WHITE COOPER. — *Wounds and injuries of the eye*, 1859.

